

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA HERMANN

**A VIVÊNCIA EM ENSINAR E APRENDER O CUIDADO DOMICILIAR NOS  
CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

CURITIBA

2014

ANA PAULA HERMANN

**A VIVÊNCIA EM ENSINAR E APRENDER O CUIDADO DOMICILIAR NOS  
CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda

CURITIBA

2014

Hermann, Ana Paula

A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde / Ana Paula Hermann – Curitiba, 2014.

195 f. ; il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

Inclui bibliografia

1. Assistência domiciliar. 2. Educação superior. 3. Formação de recursos humanos. 4. Complexidade. I. Lacerda, Maria Ribeiro. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.14

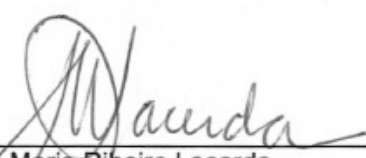
## TERMO DE APROVAÇÃO

ANA PAULA HERMANN

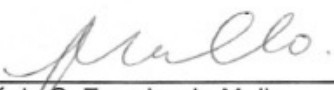
### A VIVÊNCIA EM ENSINAR E APRENDER O CUIDADO DOMICILIAR NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de pesquisa **POLÍTICAS E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E ENFERMAGEM** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:


Orientador (a):

  
Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
Profa. Dra. Ana Lúcia S. Ferreira de Mello

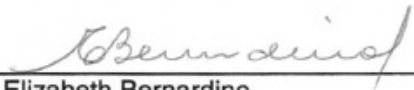
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

  
Profa. Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

  
Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

  
Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 12 de agosto de 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que me abençoa e fortalece diariamente.

A minha amada mãe Iracema, pelo seu exemplo de fé e amor incondicional, por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida. Seu apoio foi essencial. Obrigada pelas suas orações.

A minha amada e inesquecível avó Joana (*in memoriam*), que sempre contribuiu para minhas conquistas.

Ao meu esposo Fenelon, que além de me amar e me fazer muito feliz, é um companheiro carinhoso, dedicado e paciente.

A minha afilhada Leticia, que com seu sorriso me confere energia, paz, esperança e felicidade.

As minhas amigas Débora, Fernanda, Silvia e Tatiana, pelo estímulo e amizade.

A amiga Márcia, por compartilhar comigo momentos únicos da minha vida.

As colegas da turma de Doutorado, pela troca de experiências e por deliciosos momentos compartilhados nos últimos anos.

Aos colegas da Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná e Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo companheirismo ao longo da realização do curso de Doutorado.

A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda, por todos os ensinamentos, pelo seu incentivo e por ser essa grande entusiasta da Enfermagem.

A todas as professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, por contribuírem para meu crescimento profissional.

Ao Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (Nepeche), por proporcionar riquíssimas discussões e contribuir para o aprimoramento desta pesquisa, em especial a Jaqueline Dias do Nascimento, pelo auxílio prestado.

As bolsistas de iniciação científica, Luísa Canestraro Kalinowski, Ingrid Meireles Gomes, Ana Barbara Hoffmann Correa, Juliana Julimeire Cunha, Pâmella Naiana Dias dos Santos e Erika Ferreira Oliveira Silva pelo auxílio na coleta e análise dos dados.

A bolsista de apoio técnico à pesquisa, Thais Zucarelli dos Santos pelo auxílio na coleta e análise dos dados.

As professoras participantes da banca de qualificação e defesa desta tese, por suas distintas contribuições.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que possibilitou e permitiu minha participação na disciplina O Paradigma da Complexidade - um novo pensar na pesquisa e cuidado em saúde e enfermagem.

A Universidade Federal do Paraná, que me oferta ensino público e de qualidade, desde 1998, quando ingressei no Curso Técnico em Enfermagem, e, logo após, nos cursos de Graduação, Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro recebido.

A Fundação Araucária, pelo financiamento desse projeto.

Eu sou o caminho, a verdade e a vida.

João 14:6

## RESUMO

**HERMANN, A. P. A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde. 2014. 196 f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda.**

Com o intuito de incitar reformas no modelo de ensino dos profissionais de saúde, que historicamente direcionou a formação profissional para uma base biológica, orientada pela especialização e pela pesquisa experimental, centrada no ambiente hospitalar, foram instituídas, entre 2001 e 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional, que afirmam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Nesse sentido, os cursos de graduação da área da saúde precisam considerar o ensino do Cuidado Domiciliar (CD), que é uma prática profissional em expansão no sistema de saúde. Assim, os objetivos desta pesquisa foram interpretar como o ensinar e aprender do cuidado domiciliar é vivenciado por discentes, docentes e egressos dos cursos de graduação em enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional da Universidade Federal do Paraná (UFPR); construir uma teoria substantiva que explicita a vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nesses cursos; e, como contribuição, propor estratégias que subsidiem a incorporação de conteúdos e práticas sobre o cuidado domiciliar nos referidos cursos. O Pensamento Complexo, segundo Edgar Morin, foi o referencial teórico adotado. Trata-se de pesquisa qualitativa, que utilizou como método a Teoria Fundamentada nos Dados, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, sob o Registro CEP/SD: 631.168.08.10 e CAAE: 0062.0.091.000-08. Para construção da teoria substantiva, foram entrevistados três grupos amostrais. O primeiro grupo foi composto por 37 acadêmicos que cursavam o último ano da graduação dos 06 cursos mencionados; o segundo foi composto por 16 docentes dos 06 cursos mencionados, que abordavam conteúdos referentes ao CD em sala de aula ou estágio; e o terceiro grupo amostral foi composto por 10 egressos dos 06 cursos mencionados que atuam no CD, seja na iniciativa pública ou privada. Ao todo, foram realizadas 63 entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados consistiu na codificação aberta, axial e seletiva, que permitiu interpretar o fenômeno “A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde”, que tem como categoria central “Ensinando e aprendendo o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde”. As causas do fenômeno foram explicitadas na categoria “Articulando conhecimentos sobre o CD”; as estratégias, na categoria “Vivenciando a singularidade do CD”; as condições intervenientes, na categoria “Compreendendo as características multidimensionais do CD”; o contexto, na categoria “Compreendendo o CD no sistema de saúde; e as consequências, na categoria “Transformando o pensamento sobre a formação profissional em CD”. A teoria substantiva construída permitiu comprovar a tese de que a complexidade do cuidado domiciliar torna indispensável seu ensinar e aprender nos cursos de graduação em enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional. Existem inúmeras particularidades no CD que precisam ser entendidas para que a atuação profissional considere paciente, cuidador, familiares, redes



sociais e as relações envolvidas nesse processo, sendo essencial a formação profissional específica para atuação no CD.

**Palavras-chave:** Assistência domiciliar. Saúde. Educação superior. Formação de recursos humanos. Complexidade.

## **ABSTRACT**

**HERMANN, A. P. The teaching and learning experience for home care in health undergraduate courses. 2014. 196 f. Thesis [Ph.D. in Nursing] – Federal University of Paraná, Curitiba. Advisor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda.**

In order to encourage renovations in the teaching model for health professionals, which historically has guided their training based on biological issues, driven by specialization and experimental research focused on hospital settings, between 2001 and 2002, the National Curriculum Guidelines for the courses in nursing, pharmacy, medicine, nutrition, dentistry, and occupational therapy were established claiming that the training of health professionals should consider the current health system in the country, teamwork, and comprehensive health care. In this sense, the undergraduate courses in the health care area are required to consider the teaching of Home Care (HC), which is an expanding professional practice in the health system. Thus, this study aimed: (1) to analyze the teaching and learning for the home care that is experienced by students, teachers, and graduates from courses in Nursing, Pharmacy, Medicine, Nutrition, Dentistry, and Occupational Therapy from the Universidade Federal do Paraná (UFPR) (Federal University of Paraná); (2) to build a substantive theory that explains the teaching and learning experience for home care in these courses; and (3) as a contribution, to propose strategies that support incorporation of contents and practice on home care in those courses. The used theoretical approach was The Complex Thinking, according to Edgar Morin. This is a qualitative research that used the Grounded Theory method (GT) approved by the Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/SD) (Ethics Committee in Research) of the Department of Health Sciences of UFPR under the registry CEP/SD n. 631.168.08.10 and CAAE n. 0062.0.091.000-08 (CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - Certificate of Presentation for Ethical Appreciation). Three sample groups were interviewed for the substantive theory construction. The first group was composed by 37 students who attended the last year of undergraduate in the 6 listed courses; the second group was composed by 16 teachers from the 6 listed courses that addressed content related to HC in the classroom or training period; and the third sample group was composed by 10 graduates from the 6 listed courses working in HC whatever public or private sector. A total of 63 semi-structured interviews were carried out. Data analysis was based on open, axial, and selective coding, which allowed to interpret the phenomenon - "The teaching and learning experience in home care in undergraduate courses in health" - which has as its central category "Teaching and learning home care in undergraduate health courses." The phenomenon causes were explained by the "Linking knowledge about the HC" category; strategies were explained by the "Experiencing the uniqueness of the HC" category; intervening conditions were explained by the "Understanding the multidimensional characteristics of the HC" category; the context was explained by the "Understanding the HC in the health system" category; and consequences were explained by the "Transforming thinking about professional training on HC" category. The constructed substantive theory was able to prove the thesis that the complexity of home care becomes the teaching and learning indispensable in undergraduate courses in nursing, pharmacy, medicine, nutrition, dentistry, and occupational therapy. There are many special features on the HC that need to be understood by professionals so that their performance takes into

account the patient, caregiver, family, social networks, and involved relationships in this process; so, specific training is fundamental to operate the HC.

**Keywords:** Home care. Health. Higher education. Staff development. Complexity.

## RESUMEN

**HERMANN, A. P. La vivencia de enseñar y aprender el cuidado domiciliar en los cursos de graduación en salud. 2014. 196 f. Tesis [Doctorado en Enfermería] – Universidad Federal de Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda.**

Con el propósito de incitar reformas en el modelo de enseñanza de los profesionales de salud, lo que históricamente ha conducido la formación profesional para una base biológica, orientada por la especialización y investigación experimental, centrada en el ambiente hospitalar, fueron instituidas, entre 2001 y 2002, las Directrices Curriculares Nacionales de los cursos de enfermería, farmacia, medicina, nutrición, odontología y terapia ocupacional. Estas directrices definen que la formación del profesional de salud debe contemplar el sistema de salud vigente el país, el trabajo de equipo y la atención integral a la salud. En ese sentido, los cursos de graduación del área de salud necesitan considerar la enseñanza del Cuidado Domiciliar (CD), ya que esta es una práctica profesional en expansión en el sistema de salud. Así, los objetivos de esta investigación fueron interpretar cómo el enseñar y aprender del cuidado domiciliar es vivenciado por discentes, docentes y egresos de los cursos de graduación en enfermería, farmacia, medicina, nutrición, odontología y terapia ocupacional de Universidad Federal de Paraná (UFPR); construir una teoría sustantiva para explicitar la vivencia en enseñar y aprender el cuidado domiciliar en esos cursos; y, como contribución, proponer estrategias para subsidiar la incorporación de contenidos y prácticas sobre el cuidado domiciliar en los referidos cursos. El Pensamiento Complejo, de acuerdo a Edgar Morin, fue el referencial teórico adoptado. Esta es una investigación cualitativa, que utilizó como método la Teoría Fundamentada en los Datos, aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Sector de Ciencias de la Salud de UFPR, bajo el Registro CEP/SD: 631.168.08.10 y CAAE: 0062.0.091.000-08. Para construcción de la teoría sustantiva, fueron entrevistados tres grupos de muestra. El primer grupo fue compuesto por 37 académicos que estaban en último año de la graduación de los 06 cursos mencionados; el segundo fue compuesto por 16 docentes de los 06 cursos mencionados, que abordaban contenidos referentes al CD en aula de clase o prácticas; y el tercer grupo fue compuesto por 10 egresos de los 06 cursos mencionados que actúan en CD, sea en la iniciativa pública o particular. El total de entrevistas semiestructuradas realizadas fue de 63. El análisis de los datos fue por codificación abierta, axial y selectiva, lo que permitió interpretar el fenómeno “La vivencia en enseñar y aprender el cuidado domiciliar en los cursos de graduación en salud”, lo cual tiene como categoría central “Enseñando y aprendiendo el cuidado domiciliar en los cursos de graduación en salud”. Las causas del fenómeno fueron explicitadas en la categoría “Articulando conocimientos sobre el CD”; las estrategias, en la categoría “Vivenciando la singularidad del CD”; las condiciones intervinientes, en la categoría “Comprendiendo las características multidimensionais del CD”; el contexto, en la categoría “Comprendiendo el CD en el sistema de salud; y las consecuencias, en la categoría “Transformando el pensamiento acerca de la formación profesional en CD”. La teoría sustantiva construida permitió comprobar la tesis de que la complejidad del cuidado domiciliar vuelve su enseñar y aprender indispensable en los cursos de graduación en enfermería, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional. Hay innúmeras particularidades en CD que necesitan ser entendidas para que la actuación profesional considere paciente,

cuidador, familiares, redes sociales y las relaciones de ese proceso, siendo esencial la formación profesional específica para actuación en CD.

**Palabras clave:** Atención domiciliaria de salud. Salud. Educación superior. Desarrollo de personal. Complejidad.

## LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 – CATEGORIA “ARTICULANDO CONHECIMENTOS SOBRE O CD” E SUAS SUBCATEGORIAS .....	84
DIAGRAMA 2 – CATEGORIA “VIVENCIANDO A SINGULARIDADE DO CD” E SUAS SUBCATEGORIAS.....	101
DIAGRAMA 3 – CATEGORIA “COMPREENDENDO AS CARACTERÍSTICAS MULTIDIMENSIONAIS DO CD” E SUAS SUBCATEGORIAS .....	119
DIAGRAMA 4 – CATEGORIA “COMPREENDENDO O CD NO SISTEMA DE SAÚDE” E SUAS SUBCATEGORIAS.....	131
DIAGRAMA 5 – CATEGORIA “TRANSFORMANDO O PENSAMENTO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM CD” E SUAS SUBCATEGORIAS.....	140
DIAGRAMA 6 – ENSINANDO E APRENDENDO O CUIDADO DOMICILIAR NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE. . .....	155
DIAGRAMA 7 – POTENCIALIDADES DOS SEIS CURSOS NO PROCESSO DE ENSINAR E APRENDER O CUIDADO DOMICILIAR.....	171

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – POLÍTICAS E PROGRAMAS DESENVOLVIDOS PELA SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE .....	34
QUADRO 2 – HABILIDADES ESPECÍFICAS DE CADA CURSO QUE SE RELACIONAM AO CUIDADO DOMICILIAR, SEGUNDO AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS .....	37
QUADRO 3 – RESOLUÇÕES DOS CONSELHOS DE CLASSE DOS SEIS CURSOS ESTUDADOS QUE ABORDAM QUESTÕES REFERENTES AO CUIDADO DOMICILIAR.....	39
QUADRO 4 – RELAÇÃO DE PARTICIPANTES E TEMPO DE GRAVAÇÃO DO PRIMEIRO GRUPO AMOSTRAL.....	71
QUADRO 5 – RELAÇÃO DE PARTICIPANTES E TEMPO DE GRAVAÇÃO DO SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL .....	72
QUADRO 6 – RELAÇÃO DE PARTICIPANTES E TEMPO DE GRAVAÇÃO DO TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL .....	73
QUADRO 7 – RELAÇÃO TOTAL DE PARTICIPANTES E TEMPO DE GRAVAÇÃO .....	74
QUADRO 8 – MODELO DE CATEGORIZAÇÃO.....	77
QUADRO 9 – MODELO DE NOTA METODOLÓGICA.....	78
QUADRO 10 – MODELO DE NOTA TEÓRICA.....	78
QUADRO 11 – CATEGORIAS DO FENÔMENO “A VIVÊNCIA EM ENSINAR E APRENDER O CD NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE”.....	81
QUADRO 12 – CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES DO FENÔMENO “A VIVÊNCIA EM ENSINAR E APRENDER O CUIDADO DOMICILIAR NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE”.....	83

## LISTA DE SIGLAS

ACS	– Agente Comunitário de Saúde
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Capes	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD	– Cuidado Domiciliar
CFF	– Conselho Federal de Farmácia
CFM	– Conselho Federal de Medicina
CFN	– Conselho Federal de Nutrição
CFO	– Conselho Federal de Odontologia
Cofen	– Conselho Federal de Enfermagem
Coffito	– Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Conass	– Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Conasems	– Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
DCN	– Diretrizes Curriculares Nacionais
DesprecarizaSUS	– Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS
ESF	– Estratégia Saúde da Família
GT	– <i>Grounded Theory</i>
IDA	– Integração Docente Assistencial
IES	– Instituição de Ensino Superior
InforSUS	– Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS
LDB	– Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MNNP-SUS	– Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
NASF	– Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nepeche	– Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem
Observa-RH	– Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde
Pet-Saúde	– Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRM	– Programa de Residência Médica



Profaps	– Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde
ProgeSUS	– Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
Pró-Residência	– Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
Pró-Saúde	– Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Residência	– Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde
SAMU	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGTES	– Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	– Teoria Fundamentada nos Dados
Telessaúde	– Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
Una-SUS	– Universidade Aberta do SUS

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>26</b>
2.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE .....	26
2.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE PARA ATUAÇÃO NO CUIDADO DOMICILIAR .....	36
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>45</b>
3.1 A NECESSIDADE DE UM NOVO OLHAR SOBRE O PARADIGMA DETERMINISTA.....	45
3.2 O PENSAMENTO COMPLEXO SEGUNDO EDGAR MORIN.....	53
3.3 COMPLEXIDADE E EDUCAÇÃO .....	62
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>67</b>
4.1 DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS .....	67
4.2 AMOSTRAGEM TEÓRICA.....	69
4.3 LOCAL DA PESQUISA .....	74
4.4 COLETA DE DADOS .....	74
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	76
4.5.1 Codificação aberta.....	76
4.5.2 Codificação axial .....	79
4.5.3 Codificação seletiva.....	81
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	82
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>83</b>
5.1 ARTICULANDO CONHECIMENTOS SOBRE O CD.....	84
5.1.1 Justapondo conteúdos multidisciplinares de CD .....	84
5.1.1.1 Tendo conteúdo teórico de CD.....	85
5.1.1.2 Realizando estágio em CD.....	89
5.1.1.3 Recebendo orientações antes de ir ao domicílio.....	91
5.1.1.4 Desenvolvendo atividades acadêmicas.....	93
5.1.1.5 Participando de discussões sobre o CD .....	94
5.1.2 Experienciando atividades extracurriculares referentes ao CD .....	96
5.1.3 Obtendo formação em CD após a graduação .....	99
5.2 VIVENCIANDO A SINGULARIDADE DO CUIDADO DOMICILIAR.....	100

5.2.1 Percebendo o contexto.....	101
5.2.1.1 Observando aspectos estruturais do domicílio.....	102
5.2.1.2 Percebendo as condições do paciente e suas necessidades de cuidado .....	103
5.2.1.3 Identificando a dinâmica familiar .....	106
5.2.2 Cuidando pluralmente .....	108
5.2.2.1 Diagnosticando a situação .....	109
5.2.2.2 Atuando no domicílio.....	110
5.2.2.3 Educando em saúde.....	116
5.2.2.4 Cuidando do cuidador .....	117
5.3 COMPREENDENDO AS CARACTERÍSTICAS MULTIDIMENSIONAIS DO CD .	119
5.3.1 Elucidando diferenças entre o CD e o cuidado institucional.....	120
5.3.2 Adentrando o espaço íntimo do paciente .....	125
5.3.3 Percebendo a presença do cuidador e a da família .....	127
5.3.4 Interagindo com redes sociais de apoio .....	129
5.4 COMPREENDENDO O CD NO SISTEMA DE SAÚDE.....	131
5.4.1 Percebendo como o CD se insere no sistema de saúde.....	132
5.4.2 Dialogando multiprofissionalmente sobre o CD.....	136
5.5 TRANSFORMANDO O PENSAMENTO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM CD .....	140
5.5.1 Relacionando os atributos necessários para o Cuidado Domiciliar .....	140
5.5.2 Identificando maneiras para se preparar para o CD.....	142
5.5.3 Diversificando a formação em CD .....	144
<b>6 A VIVÊNCIA EM ENSINAR E APRENDER O CUIDADO DOMICILIAR NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>150</b>
<b>7 DISCUTINDO COM AUTORES.....</b>	<b>156</b>
<b>8 ESTRATÉGIAS PARA APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE ENSINAR E APRENDER O CUIDADO DOMICILIAR NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPR.....</b>	<b>171</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>176</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>193</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>196</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A missão da educação para a era planetária é fortalecer as condições de possibilidades da emergência de uma sociedade-mundo composta por cidadãos protagonistas, consciente e criticamente comprometidos com a construção de uma civilização planetária (MORIN, 2009, p. 98).

Para alcançar essa missão sugerida por Edgar Morin, faz-se necessária, nos diferentes locais do planeta, novas gerações de docentes dotados de uma visão cívica, ética, com amor pelo conhecimento e pelos discentes que estimule maior interesse dos estudantes em enfrentar problemas da vida pessoal, profissional e na convivência com a sociedade (MORIN, 2013).

O ensino precisa retomar sua tarefa política de preparar para a vida, no entanto, somente ações pessoais dos docentes não são suficientes e exigem em nível institucional a incorporação de eixos estratégicos-diretrizes que articulem experiências e cotidianos (MORIN, 2009).

Segundo Morin (2009), os seis eixos estratégicos-diretrizes sugeridos devem conservar ações que fortaleçam a capacidade de sobrevivência da humanidade e ações revolucionantes que criem condições da humanidade aperfeiçoar e progredir; resistir à barbárie de violência, ódio, dominação, desumanização e desnaturalização; problematizar e repensar o desenvolvimento; revitalizar a relação passado/presente/futuro, respeitando essas três instâncias sem que nenhuma delas seja maior que a outra; complexificar a política no devir planetário da humanidade; e civilizar a civilização por meio da educação, que deverá reforçar atitudes e aptidões que permitam a superação de obstáculos como exploração, dominação, divisão desigual de rendas de modo que contribuam para a solidariedade e a felicidade generalizadas.

As mudanças são necessárias, pois o sistema educacional privilegiou por muito tempo as atividades do professor, que era considerado o agente ativo do processo de ensinar e aprender ao definir os assuntos e de que maneira o estudante iria aprender, incluindo a carga horária de cada conteúdo, os esquemas de aula e a avaliação. No entanto, os discentes aprendem de diferentes formas, em consonância com seus conhecimentos prévios, vivências e motivação para aprender determinada disciplina, sendo ativos nesse processo (CAMPOS *et al.*, 2009).

Ao destacar os eixos institucionais necessários para reformar o pensamento e vislumbrar uma formação diferenciada, fica explícita a necessidade de avanços na

formação dos profissionais da área da saúde, que, historicamente, apresenta-se em um formato com foco na doença e reabilitação, centrada no repasse de conteúdo, com pedagogia transmissora, em que há desconexão entre núcleos temáticos e desvinculação entre o ensino, pesquisa e extensão (CARVALHO; CECCIM, 2008). Acrescenta-se que os avanços biológicos alcançados no século XX não foram suficientes para sanar dificuldade da atenção primária e melhorar sua resolubilidade (CAMPOS *et al.*, 2009).

Contribuíram para esse cenário as políticas educacionais dos cursos dessa área, que não tiveram uma orientação capaz de integrar ensino e trabalho, que potencializassem a integralidade do cuidado<sup>1</sup> e as influências do Relatório Flexner, documento redigido pelo educador Abraham Flexner em 1910, que foi considerado o grande responsável pela mais importante reforma no ensino médico na América do Norte, com implicações em escolas de saúde do mundo inteiro (CARVALHO; CECCIM, 2008; PAGLIOSA; ROS, 2008; ALMEIDA FILHO, 2010).

De modo geral, entende-se que, segundo esse relatório, a formação deveria ter base biológica, ser orientada pela especialização e pela pesquisa experimental e estar centrada no hospital. Esse tipo de formação salienta conhecimentos referentes às novidades tecnológicas e farmacológicas, despreocupando-se com o cotidiano dos serviços e da gestão (CARVALHO; CECCIM, 2008).

Após 100 anos da criação do relatório, novas leituras desse documento mostram que o texto de Flexner recomenda a reinserção das escolas de medicina nas universidades como forma de aproximar os futuros profissionais das culturas, das humanidades, das linguagens, da educação, defendendo uma visão de saúde que não era exclusivamente biológica e reducionista, mas social e humanista (ALMEIDA FILHO, 2010).

Controvérsias à parte, não se pode negar que o relatório Flexner é um marco no ensino das profissões de saúde, pois se extraem contribuições até mesmo das visões mais pessimistas, visto que as questões biológicas, a formação laboratorial nos ciclos básicos e o ensino clínico em hospitais são aspectos necessários na formação em saúde, embora não exclusivamente.

---

<sup>1</sup> A integralidade do cuidado é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

A formação historicamente fragmentada reflete o paradigma cartesiano formulado por Descartes e imposto historicamente pela Europa a partir do século XVIII. Neste paradigma, a filosofia, a pesquisa reflexiva e as pessoas que se preocupam com os problemas da existência da comunicação e da consciência estão de um lado e a ciência, a pesquisa objetiva, as experimentações e manipulações, de outro (MORIN, 2011a).

O século XXI indica a necessidade de desenvolver uma nova geração de teorias que sejam abertas, racionais, críticas reflexivas, autocríticas e aptas a se autorreformular. É preciso o enraizamento de um paradigma que permita o conhecimento complexo e que vislumbre as inúmeras e permanentes possibilidades de erro e ilusão do conhecimento (MORIN, 2011a).

Nesse sentido, destaca-se a necessidade do Pensamento Complexo que não percebe a evolução do conhecimento apenas como progresso em ascensão, mas também como degradação e construção, dispersão e concentração. Percebe ainda que a ordem, a desordem e a potencialidade organizadora devem ser pensadas juntas com seus caracteres complementares e antagônicos como um circuito em movimento (MORIN, 2013a).

A disjunção e o esfacelamento do conhecimento afetam a possibilidade de conhecer o conhecimento, a nós mesmos e ao mundo. As reflexões filosóficas não se comunicam com os avanços científicos que culminam cada vez mais com o fechamento das disciplinas, com saberes separados, criando a mutilação do saber (MORIN, 2012).

Assim, destaca-se que o aprender não é passivo. Existem inúmeras realidades e cada pessoa “apreende um fato, uma situação, de acordo com sua disponibilidade de perceber e a transforma segundo seu repertório de conhecimentos prévios, vivências e motivação para aprender determinada área” (CAMPOS *et al.*, 2009, p. 513).

Para que os estudantes passem a ser ativos nesse processo de ensinar e aprender, eles terão que elaborar, transformar e integrar o novo conhecimento a estruturas prévias, o que leva o sistema educacional a considerar o aprendizado do estudante e não apenas o ensino. Assim, na área da saúde, o indivíduo precisa ser considerado cidadão e não apenas um órgão doente (CAMPOS *et al.*, 2009). Ressalta-se que algumas profissões têm esse olhar diferenciado ao paciente há mais tempo, mas é preciso avançar.

Destaca-se, portanto, nesse novo século, a necessidade de situar o conhecimento no contexto e complexo planetário, mas para isso é preciso reformar o pensamento, baseando-se em uma educação capaz de desenvolver a aptidão para organizar o conhecimento de forma contextualizada, pois se constata uma inadequação cada vez maior e mais grave entre os saberes que estão desunidos, divididos e compartimentados frente às realidades “multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetárias”, tornando invisíveis o contexto, o global, o multidimensional e o complexo (MORIN, 2011a, p. 33).

Assim, com o intuito de incitar reformas no modelo de ensino dos profissionais de saúde, presente, ainda hoje, em muitas Instituições de Ensino Superior (IES), foram instituídas, entre 2001 e 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional, que afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2001c; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2002c).

Os cursos de graduação da área da saúde, ao se readequarem para atender às perspectivas das DCNs, precisam levar em consideração o ensino do Cuidado Domiciliar (CD), pois a prática profissional em saúde, que apresenta expansão dos seus campos de atuação, está intimamente relacionada aos pressupostos adotados durante a formação.

O CD é uma prática antiga, existindo relatos de atendimentos realizados no domicílio anteriores a Cristo em diversas regiões e com diferentes formas de organização. No Brasil, o CD teve início no Rio de Janeiro com enfermeiras visitadoras por volta de 1919 (MAEDA, 2011). Esse modelo de atenção à saúde vem ganhando destaque em decorrência do crescente número de empresas que realizam o CD a pedido do paciente ou dos próprios planos de saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa Melhor em Casa, lançado em 08 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011a).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o CD é chamado de atenção domiciliar e é definido como

nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio,

com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Os benefícios desse tipo de cuidado incluem a desospitalização que tem o intuito de acelerar o processo de alta hospitalar visando minimizar intercorrências clínicas e riscos de infecção hospitalar; oferecer suporte emocional a pacientes e familiares; instituir o papel do cuidador e propor autonomia para o paciente fora do ambiente hospitalar (BRASIL, 2012).

A demanda de pacientes que necessitam de CD é crescente, pois há aumento da longevidade de portadores de doenças crônico-degenerativas, de portadores de sequelas decorrentes de doenças ou acidentes, do enfoque na integralidade do ser humano, da intensificação da prevenção de doenças e da promoção da saúde (MARTINS; LACERDA, 2008; BRASIL, 2012).

Assim, há também o aumento do número de equipes de profissionais de saúde que estão cuidando dessas pessoas, seja na iniciativa pública ou privada. Esses profissionais são contratados pelas empresas ou aprovados em concursos públicos, porém, na maioria das vezes, sem a formação específica que não é ofertada nos cursos de graduação em saúde, pois “a formação dos profissionais de saúde pouco aponta para as questões de cuidado no domicílio, suas perspectivas, peculiaridades e o perfil necessário para um profissional trabalhar nesta especialidade” (LACERDA, 2010, p. 2622).

Isso pode acontecer pelo fato das IES não terem tempo possível para preparar profissionais antes da implantação de novas políticas de saúde, o que pode gerar uma formação desconexa da realidade presente no sistema de saúde.

Apesar das dificuldades, as IES têm a responsabilidade de formar e disponibilizar à sociedade profissionais qualificados para atender eficazmente às demandas de saúde da população (SOLIMANO, 2007; MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011), entre elas, o CD.

Entretanto, a partir da busca literária em bases de dados, verificou-se que são incipientes os estudos que tratam do ensino do CD nos cursos da área da saúde no Brasil. A enfermagem é a profissão que mais desenvolve pesquisas sobre o CD, mas, ainda assim, são exíguas suas publicações referentes ao ensino dessa área de atuação. Percebe-se, portanto, que o ensino do CD é uma área pouco explorada e que merece ser estudada ao se deparar com as atuais políticas de educação e



saúde, que valorizam a integralidade das ações em diferentes cenários da prática profissional.

Assim, este estudo deu seguimento à dissertação que desenvolvi e que investigou “O ensinar e aprender do cuidado domiciliar na graduação em enfermagem” e constatou a existência de uma carga horária específica para o ensino do CD por meio de aulas teóricas e estágios, que permitiram aos acadêmicos compreender diferenças no cuidado realizado no domicílio daquele realizado em instituição hospitalar; identificar os conhecimentos necessários e as maneiras para se preparar para o CD; e visualizar o CD como um campo de atuação do enfermeiro.

Diante desse contexto e em consonância com a linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem, que estuda, entre outros assuntos, as práticas de educação, a **questão norteadora** desse estudo é: Como é a vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar de discentes, docentes e egressos dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional da Universidade Federal do Paraná (UFPR)?

Com o intuito de responder a essa questão, foram traçados os seguintes **objetivos**: interpretar como o ensinar e aprender do cuidado domiciliar é vivenciado por discentes, docentes e egressos dos cursos de graduação em enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional da UFPR; construir uma teoria substantiva que explicita a vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nesses cursos; e, como contribuição, propor estratégias que subsidiem a incorporação de conteúdos e práticas sobre o cuidado domiciliar nos referidos cursos.

A **tese** a ser defendida baseia-se na perspectiva de que a complexidade do cuidado domiciliar torna indispensável seu ensinar e aprender nos cursos de graduação em enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional.

Destaca-se que, segundo o Conselho Nacional de Saúde, em sua Resolução nº. 287, de 08 de outubro de 1998, existem 14 profissionais de saúde de nível superior, a citar: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, cirurgiões-dentistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Na UFPR, os cursos de serviço social e fonoaudiologia não são ofertados. O curso de psicologia integra o Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes. O curso de medicina veterinária integra o Setor de Ciências Agrárias. Os cursos de biomedicina, ciências biológicas, educação física e fisioterapia compõem o Setor de Ciências Biológicas. Finalmente, os cursos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional compõem o Setor de Ciências da Saúde.

Assim, optou-se pela delimitação dos seis cursos que compõem o Setor de Ciências da Saúde da UFPR por estarem subordinados à mesma direção setorial e a literatura mostrar que são esses profissionais que mais atuam no domicílio.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura desta pesquisa está dividida em dois itens com a finalidade de auxiliar a compreensão sobre a formação para o CD. O primeiro item refere-se à formação profissional em saúde e o segundo aborda aspectos da formação para atuação no CD dos seis cursos estudados.

### 2.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

O ensino formal das profissões de saúde no Brasil data de 1808, com a chegada da família real portuguesa, quando foram abertas duas escolas de Anatomia, Medicina e Cirurgia. No entanto, até a Proclamação da República, em 1889, predominava a formação de práticos, que aprendiam com os profissionais mais experientes por meio do desenvolvimento da experiência (CARVALHO; CECCIM, 2008).

No início da década de 1920, os sanitaristas brasileiros da época relataram que era preciso formar profissionais que atendessem as reais necessidades de saúde da população (CARVALHO; CECCIM, 2008).

A formação dos profissionais de saúde é um processo importantíssimo no desenvolvimento e na manutenção dos sistemas públicos de saúde, pois o trabalho em saúde se baseia na capacidade do profissional em agir, refletir, colocar-se no lugar das pessoas que recebem seus cuidados e entender os determinantes do processo saúde-doença em sua dinamicidade e complexidade (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

As profissões da área da saúde, da maneira como se apresentam, são relativamente novas, e a medicina, por exemplo, considerada uma das profissões mais antigas do mundo, só passou a ter credibilidade popular a partir do século XIX, quando o método científico se tornou determinante das práticas de saúde (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

A corrente positivista, também presente no século XIX, assistiu a importantes descobertas como a anestesia e a microbiologia, o que contribuiu com a impressão de que a ciência seria capaz de trazer respostas objetivas para grande parte da humanidade (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

Associado a esses fatores, houve a criação do Relatório Flexner em 1910, conforme já mencionado, sendo que suas propostas perduram no ensino em praticamente todas as profissões da área da saúde, cujo exemplo são os currículos que separam um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, geralmente biológicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos, que é o chamado ciclo profissional (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Esse tipo de formação trouxe inúmeras conquistas, entre elas, a cura e a prevenção de doenças por meio de vacinação e terapêuticas efetivas. No entanto, tornou-se limitada para responder aos novos problemas de saúde (doenças cardiovasculares, as neoplasias, a violência, os acidentes de trânsito e as doenças crônicas não transmissíveis), o que acarreta problemas no processo de formação de profissionais de saúde de nível universitário (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

Assim, há no Brasil um ensino superior dos profissionais de saúde, que privilegia em seus currículos aspectos biológicos e desenvolvimento técnico-científico bem como a doença e o trabalho hospitalar em detrimento de questões de ordem social, política e ética. Desenvolve-se, assim, um modelo de atenção à saúde centrado em procedimentos, que produz uma excessiva especialização, afastando-se do perfil profissional necessário para atender às necessidades sociais da população. Têm-se, portanto, a produção fragmentada do cuidado e a baixa capacidade de reflexão da prática profissional (ALBUQUERQUE; GIFFIN, 2009).

O modelo pedagógico hegemônico nos cursos da área da saúde na maioria das vezes é biologicista, medicalizante, procedimento-centrado, com ênfase em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, que fragmenta o paciente. Essa perspectiva desconhece, portanto, modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes (FEUERWERKER, 2002).

O modelo citado anteriormente empobrece ou por vezes até anula a dimensão da integralidade, com baixa autonomia dos usuários e pouca interação com eles, além da busca da padronização do processo saúde-doença, focalização nas intervenções e serviços tecnológicos altamente especializados que fragmentam a população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Isso é reflexo do paradigma cartesiano sobre o pensamento da área da saúde em que

o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado (CAPRA, 2012, p. 119).

O ensino na área da saúde, ao supervalorizar o ambiente hospitalar, opõe-se aos ideais de desospitalização da atenção à saúde, e conforme afirmam Campos, Aguiar e Belisário (2008, p. 1024), “o ensino na comunidade, nos domicílios e nos centros de saúde diminui os custos, diversifica a clientela atendida e promove integração entre estudante, docente e comunidade”.

Há que se considerar o desenvolvimento de um importante complexo médico-hospitalar que está vinculado ao acelerado ritmo das descobertas científicas e ao potencial lucrativo do setor decorrente do custo crescente da assistência, porém com menor resolutividade (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

O período compreendido entre as décadas de 1960 e 1970 é marcado, no Brasil e em outros países da América Latina, pela expansão no ensino superior em diversas profissões com expressivo aumento do número de escolas e de vagas. Nesse período, foi implementada a reforma universitária brasileira, resultado de um longo processo de discussão sobre a necessidade de uma nova configuração para o sistema educacional de ensino superior, com intuito de proporcionar maior eficiência e produtividade na formação de um maior número de pessoas. Nesse sentido, entre os anos de 1965 e 1970, foi autorizada a criação de 33 novas escolas de medicina com subsídios governamentais, situação decorrente dessa política expansionista de ensino e da pressão da categoria médica por mais vagas universitárias (HADDAD *et al.*, 2010).

Concomitantemente, foram percebidas necessidades de reorientação da formação em saúde, que compuseram parte da agenda de discussão de fóruns financiados por organismos internacionais, que incluíam assuntos como a estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA), que pretendia articular o ensino com os serviços de saúde em um contexto regionalizado; o surgimento dos primeiros internatos rurais em cursos de saúde; a regulamentação de novas profissões com a criação de seus conselhos; e a formação com aspectos relativos à interdisciplinaridade e à incorporação de tecnologias pedagógicas ao ensino das profissões de saúde (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008; HADDAD *et al.*, 2010).

Destaca-se o caráter prescritivo das recomendações da época, que não se detinham aos aspectos relacionados à pertinência, à viabilidade e à avaliação das políticas implementadas no setor educacional, em especial na saúde, fato que trouxe desequilíbrios entre oferta de vagas e criação de postos de trabalho em algumas regiões do país (HADDAD *et al.*, 2010).

Na década de 1980, reivindicava-se a aprendizagem em unidades básicas de saúde, além da aprendizagem em hospitais. Novas disciplinas foram criadas e distinguiram-se os profissionais que atuavam com a comunidade daqueles que atuavam nos hospitais (CARVALHO; CECCIM, 2008).

A partir da década de 1990, reivindicavam-se reformas nos aspectos formativos, solicitava-se articulação do ensino com os serviços e com a comunidade (CARVALHO; CECCIM, 2008). Percebe-se a necessidade de concepções mais críticas e reflexivas com problematização da realidade social em contraposição ao modelo tradicional de ensino (HADDAD *et al.*, 2010).

O cenário exposto reflete a contradição existente na área da saúde que, para muitos, é concebida apenas biologicamente, centrada na doença e na medicalização, enquanto vem ganhando força a visão de que saúde é uma construção da sociedade, baseada em ações intersetoriais e no empoderamento da população, expressos por qualidade de vida (HADDAD *et al.*, 2010).

Diante das inúmeras dificuldades e necessidades visualizadas nas últimas décadas, diferentes modelos assistenciais foram implementados, como a ESF, com início em meados da década de 1990, que representou significativa expansão do mercado de trabalho, porém um desafio para os recursos humanos em relação ao quantitativo dos profissionais, à sua distribuição geográfica e à sua qualificação (HADDAD *et al.*, 2010).

Em 1996, entrou em vigor a Lei nº. 9.394 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB), que permitiu às IES flexibilizar os currículos dos cursos de graduação, criar cursos, fixar os currículos dos seus cursos e programas, ter autonomia didático-científica e adoção de diretrizes curriculares que melhor atendessem ao perfil epidemiológico e social da comunidade. Essas mudanças ocorreram no sentido de superar o modelo de “currículo mínimo” e da “grade curricular” (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Com intuito de incitar mudanças na formação dos profissionais de saúde, foram criadas, a partir de 2001, as DCNs dos cursos de graduação da área da

saúde, que apontam necessidades de mudanças no processo de formação, pois elas indicam um caminho, flexibilizam as regras para a organização de cursos e favorecem a construção de mais compromissos da universidade com o SUS. Com a definição das DCNs, observou-se um grande esforço do setor da saúde em romper com o paradigma biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, com vistas a atender aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1404), as DCNs e as diretrizes do SUS constituem referência

[...] para propor o perfil profissional a ser formado, as oportunidades e os fatores de exposição à aprendizagem, o projeto político-pedagógico, a organização e a orientação do currículo e das práticas de ensino, a produção de conhecimento e as relações estabelecidas pela escola com o sistema de saúde local.

Ademais, as DCNs apontam a necessidade dos cursos abordarem questões relacionadas à cidadania, à epidemiologia, ao processo saúde e doença, à realidade social, política e cultural, às situações sanitária e educacional e à diversidade regional brasileira (HADDAD *et al.*, 2010).

Ao ressaltar que a formação desses profissionais deve estar voltada ao modelo de saúde vigente, ou seja, o SUS, destaca-se a necessidade dos profissionais conhecerem as políticas e programas vigentes e estarem preparados para atuar de maneira qualificada.

Além das DCNs, novos caminhos devem ser trilhados para que ocorram transformações nos cursos de graduação na área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), pois vivenciamos os ideais neoliberais que desprezam o espaço público e a dimensão humanística da formação profissional, assim, o individualismo e a competitividade se fazem presentes no campo educacional. Contrariando essa lógica, buscam-se a formação do pensamento crítico e a maior capacidade de resistência dos profissionais de saúde ao modelo de sociedade vigente (ALBUQUERQUE; GIFFIN, 2009).

Diante disso, Albuquerque e Giffin (2009) apresentam conteúdos considerados indispensáveis na construção dos currículos dos cursos da área da saúde: relembrar e aprofundar as discussões frente à temática ambiental,

considerando aspectos como a revisão da Agenda 21<sup>2</sup>; abordar temas relacionados ao adoecimento físico e mental dos profissionais de saúde; debater a influência do capitalismo e das reformas neoliberais no setor de saúde; discutir os sentidos do corpo e da sexualidade, além da abordagem biológica, fisiológica e patológica com olhar sobre as dimensões históricas, culturais, sociais e simbólicas; refletir sobre a produção do conhecimento no mundo globalizado; ressignificar o papel das instituições de ensino superior; e fortalecer o pensamento crítico.

Assim, o desafio é formar

(...) o profissional de saúde para compreender e intervir na complexidade da vida social, resistindo e reagindo aos processos de precarização do trabalho em saúde, alienação, heteronomia, numa relação dialética de negociação com a realidade (ALBUQUERQUE; GIFFIN, 2009, p. 534).

Diante de todo o exposto, constata-se que o momento é de revisão da clínica para uma abordagem mais complexa e coerente que atenda às necessidades de saúde com as diversidades epidemiológicas, demográficas, culturais, sociais e econômicas, individuais e coletivas. Fato que pressiona as universidades e outras instituições formadoras a mudar seu processo de formação e a maneira como se relacionam com a sociedade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Assim, para o aprimoramento dos recursos humanos, é estratégica e indissociável a parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde com foco desde a formação inicial até a educação permanente, pois

o desenvolvimento e valorização dos profissionais constituem um avanço fundamental para qualificar a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população, ampliando a participação de gestores, profissionais de saúde e sociedade na formulação desse campo das políticas públicas (HADDAD *et al.*, 2010, p.3).

Nesse sentido, em 2003, foi criada pelo Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que “desenvolve ações para o fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS” (BRASIL, 2011b, p.7).

---

<sup>2</sup> A Agenda 21 pode ser definida como um instrumento de planejamento para a construção de sociedades sustentáveis, em diferentes bases geográficas, que concilia métodos de proteção ambiental, justiça social e eficiência econômica (BRASIL, 2014).



Assim, a SGTES implementa diversas políticas e programas que visam aprimorar a formação dos profissionais, conforme explicitado no Quadro 1.

<p align="center"><b>POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b></p> <p><b>Público:</b> Trabalhadores da rede de serviços do SUS.</p> <p><b>Finalidade:</b> Garantir a qualidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população, por meio da implementação da educação permanente dos trabalhadores do SUS.</p> <p><b>Funcionamento:</b> Os recursos são repassados anualmente pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, mediante análise e aprovação dos Planos Estaduais e Regionais de Educação Permanente e da análise do cumprimento do Plano de Educação Permanente do ano anterior.</p>
<p align="center"><b>PROGRAMA DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO DA ÁREA DA SAÚDE (Profaps)</b></p> <p><b>Público:</b> Trabalhadores de nível médio da área da saúde que necessitam de formação técnica e/ou complementação para atuar nas equipes de saúde.</p> <p><b>Finalidade:</b> Capacitar profissionais de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a saúde, visando à melhoria da atenção e assistência do usuário do SUS.</p> <p><b>Funcionamento:</b> Os gestores municipais e estaduais, de posse das demandas de formação profissional advindas dos serviços municipais e estaduais de saúde, devem identificar instituições formadoras de nível médio para articulação da implementação desses cursos.</p>
<p align="center"><b>PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE (Pró-Saúde)</b></p> <p><b>Público:</b> Cursos de graduação da área de saúde de IES públicas ou privadas sem fins lucrativos, em parceria com secretarias municipais ou estaduais de saúde, que tenham concorrido aos editais do programa.</p> <p><b>Finalidade:</b> O Pró-Saúde desenvolve-se na perspectiva de que a reorientação da formação dos trabalhadores da saúde deve ocorrer simultaneamente em distintos eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica), rumo à integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas ao fortalecimento do SUS.</p> <p><b>Funcionamento:</b> I- reorienta o processo de formação para os 14 cursos de graduação da área da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS; II- estabelece mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as IES; III- incorpora, no processo de formação na área da saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença e a promoção da saúde; IV- amplia a duração da prática educacional na rede pública de serviços de saúde.</p>
<p align="center"><b>PROGRAMA NACIONAL DE TELESSAÚDE BRASIL REDES (Telessaúde)</b></p> <p><b>Público:</b> profissionais de saúde na sua prática clínica e processo de trabalho.</p> <p><b>Finalidade:</b> O Programa Telessaúde utiliza as modernas tecnologias de informação e comunicação integrando unidades básicas e serviços de saúde aos Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos, oferecendo teleconsultorias, telediagnósticos e ações de teleeducação aplicadas às questões e dificuldades vivenciadas na prática clínica, na gestão do cuidado e no processo de trabalho em saúde.</p> <p><b>Funcionamento:</b> Os núcleos de Telessaúde técnico-científicos respondem às questões formuladas pelos profissionais e trabalhadores da saúde das unidades básicas e demais serviços de saúde, em que estão implantados os pontos de Telessaúde.</p>
<p align="center"><b>PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (Pet-Saúde)</b></p> <p><b>Público:</b> Profissionais de saúde do SUS, docentes e estudantes de graduação da área da saúde, em parceria com as secretarias de saúde.</p> <p><b>Finalidade:</b> Apoiar e promover a integração ensino-serviço e o processo de ensino-aprendizagem inserido na rede de atenção do SUS, envolvendo estudantes de graduação, docentes e profissionais de saúde do SUS da ESF, vigilância em saúde e saúde mental.</p> <p><b>Funcionamento:</b> O Programa oferece bolsas para: I – monitoria, destinadas a estudantes de graduação da área da saúde regularmente matriculados em IES públicas e privadas sem fins lucrativos, II – tutoria acadêmica, destinadas a professores das IES integrantes do programa, III – preceptoria, destinadas a</p>

profissionais de saúde do SUS que integram os grupos tutoriais do programa.

#### **UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UnA-SUS)**

**Público:** Profissionais da área da saúde do SUS.

**Finalidade:** Induzir e orientar a oferta de cursos de especialização, aperfeiçoamento e qualificação dirigidos aos trabalhadores do SUS; fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação; contribuir com a integração ensino-serviço na área de atenção à saúde e contribuir com a redução das desigualdades regionais, a partir da equalização da oferta de cursos.

**Funcionamento:** Por meio da adesão de instituições de ensino para contribuir no esforço nacional de educação permanente dos trabalhadores de saúde em áreas estratégicas. As ações são financiadas pela SGTES por meio de convênios ou portaria de descentralização de recursos, de acordo com os parâmetros financeiros e operacionais.

#### **PROGRAMA DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS (Pró-Residência)**

**Público:** Hospitais universitários federais, hospitais de ensino, instituições de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de saúde.

**Finalidade:** Apoiar a formação de médicos especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS por meio da: I - Expansão de Programas de Residência Médica (PRMs) credenciados; II - Abertura de novos PRMs.

**Funcionamento:** Abertura de novos programas: Passo 1 – Seleção de pré-projetos. Passo 2 – Seleção dos projetos de maior potencial de impacto na formação de especialistas e organização da linha de cuidados em que se situa a especialidade em cooperação com a gestão do SUS. Passo 3 – Reuniões com especialistas convidados em todo o país. Passo 4 – Após as visitas *in loco* às instituições pré-selecionadas, serão elaborados os projetos finais, de acordo com o número de vagas disponíveis para novos projetos.

#### **PROGRAMA NACIONAL DE BOLSAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (Residência)**

**Público:** Hospitais universitários federais, hospitais de ensino, instituições de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de saúde.

**Finalidade:** Consolidar a residência multiprofissional em área profissional da saúde em campos de atuação estratégicos para o SUS.

**Funcionamento:** A seleção é feita por meio de editais.

#### **REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE (ObservaRH)**

**Público:** Gestores do SUS, pesquisadores, docentes e estudantes da área da saúde que tenham interesse na área de recursos humanos de saúde.

**Finalidade:** O propósito geral da Rede é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área de recursos humanos de saúde no país, facilitando melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais dessa área. Além disso, espera-se que a Rede também contribua para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.

**Funcionamento:** A seleção de projetos é feita por meio de editais.

#### **PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NO SUS (ProgeSUS)**

**Público:** Setores de gestão do trabalho e da educação das secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

**Finalidade:** Modernizar, aprimorar e criar setores de gestão do trabalho e da educação na saúde nas secretarias de saúde, reconhecendo tais setores como estratégicos para a valorização dos servidores do SUS.

**Funcionamento:** Passo 1 – Apresentação dos projetos. Passo 2 - A SGTES verifica cumprimento dos requisitos fixados no edital. Passo 3 - Equipe técnica avalia os projetos e os homologa ou apresenta as correções que se façam necessárias. Passo 4 - Os projetos habilitados constituem processo de repasse de recursos para investimentos no setor de gestão do trabalho e da educação na saúde, exclusivamente. Passo 5 - Os projetos que requerem adequações recebem apoio do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e secretarias estaduais de saúde, visando atender aos requisitos do Programa. Passo 6 - Realizadas as correções, tais projetos são homologados mediante publicação de Portaria e receberão os recursos financeiros de investimentos no setor. Passo 7 - Após a execução dos recursos financeiros, as secretarias de saúde têm 30 dias para apresentação de prestação de contas.

<p><b>SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM GESTÃO DO TRABALHO NO SUS (InforSUS)</b></p> <p><b>Público:</b> Setores de gestão do trabalho das secretarias municipais e estaduais de saúde.</p> <p><b>Finalidade:</b> Permite ao gestor saber qual a sua força de trabalho e adequar melhor o seu perfil em sua área de atuação.</p> <p><b>Funcionamento:</b> Fazem parte do InforSUS ferramentas de apoio à gestão que possibilitam o planejamento, acompanhamento e formulação de políticas de gestão do trabalho; integração a uma rede de informações para a gestão, entre as três esferas de governo, utilizando as informações sobre a força de trabalho do SUS do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), informações do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde.</p>
<p><b>SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM GESTÃO DO TRABALHO NO SUS (DesprecarizaSUS)</b></p> <p><b>Público:</b> Trabalhadores com vínculo precário no SUS.</p> <p><b>Finalidade:</b> Por meio do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS desenvolver estudos e ações cujo propósito é debater e sugerir ações para superar as formas de inserção por meio de vínculos precários.</p> <p><b>Funcionamento:</b> O Comitê é composto por representantes de diferentes órgãos com intuito de buscar soluções para a desprecarização do trabalho no SUS, com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador.</p>
<p><b>MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS (MNNP-SUS)</b></p> <p><b>Público:</b> Trabalhadores e gestores da saúde.</p> <p><b>Finalidade:</b> A MNNP-SUS é um fórum paritário que reúne gestores e trabalhadores, possibilitando a construção conjunta de um plano de trabalho e de uma agenda de prioridades das questões a serem debatidas e pactuadas entre gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores da saúde.</p> <p><b>Funcionamento:</b> A Mesa funciona por meio da construção de protocolos, instrumentos que formalizam as decisões pactuadas entre todos os participantes: governo federal (com cinco ministérios), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Prestadores de serviços conveniados ao SUS (setor privado e filantrópico), representantes dos trabalhadores, por meio de suas entidades sindicais nacionais.</p>

QUADRO 1 – POLÍTICAS E PROGRAMAS DESENVOLVIDOS PELA SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
 FONTE: BRASIL (2011b).

Destaca-se que o programa Pró-Saúde teve importante papel na implementação das DCNs e na reorientação da formação com o intuito de que o processo de ensinar e aprender ocorra

desde o princípio e ao longo de todo o curso, inserido e articulado com a rede de serviços, com ênfase na atenção básica, na compreensão ampliada dos determinantes sociais no processo de saúde-adoecimento, com ênfase no aprendizado do aluno e no uso das metodologias ativas e na concepção de saúde usuário-centrada (HADDAD *et al.*, 2012, p.3).

Nesse sentido, o Pet-Saúde contribuiu para que o processo de ensinar e aprender ocorra em diferentes cenários da prática com ações de integração com a comunidade que atendam às suas necessidades por meio de projetos de intervenção baseados em diagnóstico situacional do território (HADDAD *et al.*, 2012).

As legislações e programas são criados com intuito de promover mudanças na formação profissional em saúde de forma que os futuros profissionais estejam capacitados para cuidar das diferentes necessidades de saúde da população, no entanto, nem sempre são capazes e/ou suficientes para que isso aconteça.

Existem, por exemplo, críticas às DCNs no sentido de que a formação por competências pode ser tecnicista, minimizando o trabalho coletivo e responsabilizando o indivíduo pelo seu sucesso ou fracasso; equívocos no conceito de interdisciplinaridade, considerando-a como solução de todos os problemas; contradição entre formação teórico-prática e práxis profissional, sendo necessária a melhor exploração de estratégias pedagógicas pelos docentes; insuficiente integração entre instituição formadora e serviços, decorrente da dissociação teoria e prática em que nos semestres iniciais se tem conteúdo teórico e nos últimos, estágio (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Constata-se que em alguns pontos as DCNs trazem aspectos subjetivos que favorecem diversas interpretações e reforçam a adesão de conceitos e concepções equivocadas sem um correto aprofundamento. No entanto, não podem ser negados os avanços no processo de formação a partir de diversos elementos das DCNs, porém elas isoladamente não são suficientes para alcançar todas as mudanças necessárias, devendo existir uma sintonia com políticas públicas de educação e saúde (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

As reformulações curriculares podem demorar a acontecer, fato que dificulta a incorporação das legislações e programas vigentes criados anualmente, pois muitas vezes, as IES têm grades curriculares e projetos pedagógicos dos cursos definidos com certa rigidez, sem possibilidade de flexibilização de conteúdos e formas de ensinar.

Ademais, as regras impostas pelo mercado de trabalho e interesses corporativistas influenciam a formação proposta pelas IES, especialmente na iniciativa privada. Tais interesses, muitas vezes, são contrários ao indicado nas legislações e programas de apoio à formação que privilegia o SUS. Ressalta-se que legislações e programas são pensados para atender a totalidade da população, assim, cabe às IES avaliar se estão formando profissionais capacitados para atender a minoria.

## 2.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE PARA ATUAÇÃO NO CUIDADO DOMICILIAR

Em virtude do lançamento do Programa Melhor em Casa, em 08 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011a), reforça-se que o CD estará mais presente nos municípios brasileiros e que contará com enfermeiros e médicos em suas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e, nas equipes multiprofissionais de apoio, poderão estar presentes o farmacêutico, o nutricionista, o cirurgião-dentista, o terapeuta ocupacional, entre outros profissionais. Assim, cada vez mais será exigida a atuação desses profissionais nos domicílios, fato que requer preparo específico.

Para tanto, é preciso sensibilização dos docentes ao perceber que o CD se insere nas políticas de saúde e exige qualificação para desempenhá-lo, pois diante da abrangência do SUS, diversas áreas de atuação podem ser deixadas de lado durante o processo de formação. Constata-se muitas vezes que a formação acadêmica se relaciona estritamente à área de *expertise* dos docentes, desconsiderando as demais possibilidades existentes.

As DCNs dos cursos de graduação em enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional trazem indicativos que, se adotados, possibilitam avanços na formação dos profissionais de saúde.

Entre as habilidades gerais esperadas durante a formação de cada uma das categorias profissionais em reflexão, é comum a necessidade que

Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos (BRASIL, 2001a, p. 1).

Evidencia-se, portanto, que é esperada dos profissionais uma ação integrada com diferentes instâncias do sistema de saúde. Assim, por mais que os profissionais estejam em cenários de atuação diferentes do CD, devem estar conscientes de que os pacientes retornam ao seu domicílio, sendo necessária a continuidade das ações, que não se esgotam nos hospitais, ambulatorios, clínicas, unidades de saúde, farmácias, entre outros.

Em relação às habilidades específicas, constata-se que nas DCNs não há uma menção explícita para a formação em CD, no entanto, são mencionadas

habilidades, em cada um dos seis cursos, que indicam que a formação deve estar direcionada às necessidades de saúde da população, conforme explicitado no Quadro 2.

<b>CURSO</b>	<b>HABILIDADES ESPECÍFICAS SEGUNDO DCNs</b>
Enfermagem	Atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico (BRASIL, 2001a, p. 3).
Farmácia	Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o; e atuar na promoção e gerenciamento do uso correto e racional de medicamentos, em todos os níveis do sistema de saúde, tanto no âmbito do setor público como do privado (BRASIL, 2002a, p. 2).
Medicina	Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário; e reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2001b, p. 2).
Nutrição	Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2001c, p. 2).
Odontologia	Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o (BRASIL, 2002b, p. 2).
Terapia Ocupacional	Vivenciar atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde, sejam hospitais, unidades básicas de saúde, comunidades, instituições em regime aberto ou fechado, creches, centros de referência, convivência e de reabilitação, cooperativas, oficinas, instituições abrigadas e empresas, entre outros (BRASIL, 2002c, p. 4).

QUADRO 2 – HABILIDADES ESPECÍFICAS DE CADA CURSO QUE SE RELACIONAM AO CUIDADO DOMICILIAR, SEGUNDO AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS  
 FONTE: BRASIL (2001a; 2001b; 2001c; 2002a; 2002b; 2002c).

Destaca-se que as DCNs são abrangentes e vislumbram uma formação profissional que supere as limitações e estagnações do passado. No entanto, ressalta-se que, em virtude da abrangência do texto, muitas IES podem não observar a dimensão dos aspectos nele contidos e continuar a formar profissionais limitados diante das reais necessidades de saúde da população.

Além das indicações das DCNs, os próprios conselhos de classe dos seis cursos estudados, reconhecendo a existência do exercício profissional no domicílio e a necessidade de normatizá-lo, criaram, no decorrer da última década, diversas resoluções que permitem direcionar a atuação desses profissionais no CD, conforme explicitado no Quadro 3.

<p align="center"><b>Resolução nº. 267, de 2001, do Conselho Federal de Enfermagem</b></p> <p>Aprova atividades de enfermagem de menor, média e alta complexidade no domicílio (COFEN, 2001).</p>
<p align="center"><b>Resolução nº. 270, de 2002, do Conselho Federal de Enfermagem</b></p> <p>Aprova o regulamento das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar, determinando que elas devem ser dirigidas por profissional enfermeiro; ter um enfermeiro responsável por turno e um enfermeiro como responsável técnico pela coordenação das atividades de Enfermagem (COFEN, 2002).</p>
<p align="center"><b>Resolução nº. 389, de 2011, do Conselho Federal de Enfermagem</b></p> <p>Lista as especialidades em enfermagem, entre as quais está Gestão em <i>home care</i> (COFEN, 2011).</p>
<p align="center"><b>Resolução nº. 386, de 2002, do Conselho Federal de Farmácia</b></p> <p>Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito da assistência domiciliar em equipes multidisciplinares, resolvendo, entre outros itens, que o farmacêutico deve prestar orientações quanto ao uso, a guarda, administração e descarte de medicamentos e correlatos, com vistas à promoção do uso racional de medicamentos; participar ativamente nas equipes multidisciplinares; prestar informações sobre os medicamentos e problemas relacionados aos mesmos, propondo aos demais membros da equipe de saúde, as mudanças necessárias à obtenção do resultado desejado (CFF, 2002).</p>
<p align="center"><b>Resolução nº. 1668, de 2003, do Conselho Federal de Medicina</b></p> <p>Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Essa resolução indica que o médico deve assumir as funções de coordenação da equipe por ser dele a prerrogativa da eleição do paciente, tendo o dever de assumir os riscos de toda a medicação prescrita, procedimentos realizados e preenchimento do prontuário, além de elaborar, eventualmente, a declaração de óbito (CFM, 2003).</p>
<p align="center"><b>Resolução nº. 350, de 2005, do Conselho Federal de Nutrição</b></p> <p>Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, entre elas o atendimento domiciliar. Podem ser realizados no domicílio, consultas, prescrições dietéticas, retornos, reconsultas (CFN, 2005).</p>
<p align="center"><b>Resolução nº. 25, de 2002, do Conselho Federal de Odontologia</b></p> <p>Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Odontologia, indicando que pacientes com necessidades especiais podem ser atendidos em nível domiciliar (CFO, 2002).</p>
<p align="center"><b>Resolução nº. 87, de 2009, do Conselho Federal de Odontologia</b></p> <p>Normatiza a perícia e junta odontológica que pode ser realizada no domicílio, entre outros lugares (CFO, 2009).</p>
<p align="center"><b>Resolução nº. 116, de 2012, do Conselho Federal de Odontologia</b></p> <p>Altera a redação de artigos da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, porém mantém a possibilidade de atendimento domiciliar a pacientes com necessidades especiais (CFO, 2012).</p>
<p align="center"><b>Resolução nº. 415, de 2012, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional</b></p> <p>Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional, que poderá tirar uma cópia do prontuário quando o atendimento ocorrer no domicílio (COFFITO, 2012a).</p>
<p align="center"><b>Resolução nº. 418, de 2012, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional</b></p> <p>Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional que inclui a atenção domiciliar (visita, assistência, acompanhamento e internação domiciliar). Abrange procedimentos que envolvem visita e atendimento a pacientes e/ou familiares e cuidadores, orientações de manejo no contexto do paciente, objetivando a promoção do desempenho ocupacional em suas áreas ocupacionais, habilidades e contextos de desempenho ocupacional, incluindo cuidados paliativos (COFFITO, 2012b).</p>
<p align="center"><b>Resolução nº. 429, de 2013, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional</b></p> <p>Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares definindo a</p>

visita domiciliar, a assistência domiciliar e internação domiciliar como áreas de atuação de atenção extra-hospitalar oferecida por hospital quando realizados por equipe hospitalar. Indica que a atuação do Terapeuta Ocupacional especialista em Contextos Hospitalares se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção a saúde, em todas as fases do desenvolvimento ontogênico, com ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos oferecidos a cliente/paciente/usuário, familiares, cuidadores e grupos no ambiente domiciliar, dentre outros (COFFITO, 2013).

**QUADRO 3 – RESOLUÇÕES DOS CONSELHOS DE CLASSE DOS SEIS CURSOS ESTUDADOS QUE ABORDAM QUESTÕES REFERENTES AO CUIDADO DOMICILIAR**

FONTE: COFEN (2001; 2002; 2011); CFF (2002); CFM (2003); CFN (2005); CFO (2002; 2009; 2012); COFFITO (2012a; 2012b; 2013).

Verifica-se que há alguns anos os conselhos de classe dos cursos estudados se preocupam em regulamentar a atuação desses profissionais no CD, no entanto, as IES têm demorado em contemplar a formação específica nessa área.

Assim, embora seja requerida a atuação interdisciplinar no domicílio, os profissionais de saúde têm uma formação incipiente para o CD, pois nem todos os cursos e IES têm essa modalidade de cuidado presente nos planos de ensino.

Os enfermeiros, ao atuarem no domicílio, fazem consulta de enfermagem com coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento e implementação de ações e posterior avaliação, conforme a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Ademais, avaliam as condições do ambiente; orientam pacientes e familiares; realizam cuidados de enfermagem; interagem e atuam como elo entre os demais profissionais da equipe interdisciplinar, entre outras inúmeras atividades possíveis de serem realizadas no domicílio (SANTOS, 2010).

As atividades mencionadas demandam conhecimentos específicos de CD, no entanto, a formação dos enfermeiros, em sua maioria, não aborda essa temática, bem como há escassez de programas de capacitação de enfermeiros e técnicos de enfermagem nessa área (MAFALDA; GIRARDON-PERLINI, 2007), o que dificulta o exercício liberal da profissão, a autonomia bem como as habilidades de empreendedorismo (CRUZ; BARROS; FERREIRA, 2000).

Por atender diferentes clientela com diversas necessidades, é preciso ampliar os conhecimentos técnico-científicos específicos. Com sua formação generalista, o enfermeiro é pouco preparado para o CD, com insuficiente inserção dessa temática nas disciplinas dos cursos de graduação, havendo poucos cursos de pós-graduação na área (LEÃO *et al.*, 2009).

Os farmacêuticos podem prestar assistência farmacêutica domiciliar, visto que ela pode ser desenvolvida na iniciativa pública e privada, sendo seu papel prevenir,



detectar e resolver resultados negativos associados a medicamentos; acompanhar a equipe interdisciplinar no domicílio; orientar pacientes e familiares sobre uso adequado dos medicamentos e possíveis interações medicamentosas e reações adversas (TAKAHASHI, 2010; SOUZA, BRICOLA; 2010).

Esse cenário é incipiente, pois é uma das mais recentes áreas de atuação do farmacêutico e representa campo importante a ser explorado, porém com raros trabalhos publicados por farmacêuticos em qualquer parte do mundo sobre essa área de atuação (TAKAHASHI, 2010; SOUZA, BRICOLA; 2010).

Embora a assistência farmacêutica domiciliar tenha sido iniciada recentemente, proporciona, juntamente com ações interdisciplinares, resultados positivos no controle de doenças crônicas, com melhor adesão ao tratamento e conhecimento dos pacientes e familiares sobre sua doença. Para seu aprimoramento, a formação e a prática desses profissionais devem considerar as ações no domicílio (CARDOSO *et al.*, 2013). Assim, salienta-se que, para esses profissionais atuarem no contexto domiciliar, eles precisam estar dispostos a se preparar em campos das ciências humanas e sociais (TAKAHASHI, 2010).

Os médicos, ao realizarem o CD, fazem uma anamnese que contempla questões clínicas e socioeconômicas; exame físico; avaliação do paciente; verificação dos medicamentos utilizados, do ambiente e das relações familiares. No desempenho dessas funções, procura-se estabelecer um vínculo que proporcione maior segurança para paciente e profissional (MANGUEIRA, 2010).

Durante a graduação em medicina, os acadêmicos podem ter uma impressão negativa das atividades realizadas no domicílio por considerarem que: os pacientes não gostam de visitas domiciliares; o domicílio não é um ambiente adequado para examinar os pacientes; e as atividades no domicílio são cansativas e com pouco aprendizado. Contribui para essa visão negativa a falta de tempo que os profissionais que atuam no CD disponibilizam aos estudantes durante a realização de atividades acadêmicas nessa área (COSTA *et al.*, 2012).

Porém, para evitar uma visão distorcida do cuidado que pode ser realizado no domicílio, são necessárias iniciativas institucionais e docentes que proporcionem a oportunidade de aprendizado em diferentes cenários da prática profissional. A atuação no domicílio proporciona ao acadêmico desenvolver atividades em um ambiente diferente do ambiente hospitalar, sendo possível perceber a dinâmica de relacionamentos do paciente com familiares e com a comunidade e trocar

experiências com outros profissionais da equipe de saúde (VILLAS BOAS *et al.*, 2012).

As experiências de ensinar e aprender no domicílio são fundamentais por apresentarem singularidades diferentes de outros ambientes de cuidado.

De fato, as moradias, as ruas e as ruelas, a comunidade, o bairro, sua urbanização e sua integração à cidade interagem continuamente com a saúde das pessoas e tornam as vidas extensão e metáfora deste cenário. A educação médica não pode, definitivamente, prescindir dessa vivência (COSTA *et al.*, 2012, p. 396-397).

Os nutricionistas que atuam no domicílio podem fazer coleta de dados, avaliação antropométrica e do ambiente domiciliar, diagnóstico nutricional, plano alimentar, orientação nutricional, reabilitação nutricional, sendo necessário a esses profissionais empatia, competência, boa comunicação e flexibilidade para sucesso no atendimento nutricional domiciliar (SIMOMURA, 2010).

Destaca-se, entre as ações que podem ser desenvolvidas no domicílio, a terapia nutricional domiciliar, que pode ser via oral, enteral ou parenteral, sendo necessário avaliar o paciente antes da indicação desse tipo de terapia (VAN AANHOLT *et al.*, 2012).

Existe, portanto, uma preocupação em formar profissionais preparados para o atendimento nutricional em domicílio, que compreendam os seus aspectos éticos e técnicos, capazes de atender às demandas do mercado, visto que esse tipo de atendimento é uma possibilidade de atuação do nutricionista (CAMPOS *et al.*, [20--]). Nesse sentido, ressalta-se que a experiência em atendimento nutricional enriquece a formação dos nutricionistas “habilitando-os quanto à forma de abordagem do cliente e de seus familiares, definição do tipo de serviço que é prestado, [...] recebendo também orientação do professor responsável para a tomada de decisão” (CAMPOS *et al.*, [20--], p. 5).

Ademais, com o aumento do número de cursos de graduação em nutrição, da instituição das DCNs dos cursos de graduação em saúde e dos avanços nessa área, é necessário um comprometimento das IES em formar profissionais mais atuantes, inseridos na equipe multiprofissional e capacitados para atuar com indivíduos e coletividades (SIMONARD-LOUREIRO *et al.*, 2006).

Os cirurgiões-dentistas, ao atuarem no domicílio, devem avaliar a capacidade do paciente de mastigar e ingerir alimentos; verificar ajuste de próteses e outros

dispositivos dentários, realizar cuidados de higiene, restaurações e tratamentos periodontais (DIAS; FONSECA, 2009; PRADO, 2010). Ademais, em decorrência do impacto das doenças bucais sobre a saúde geral do paciente, são necessárias ações de educação em saúde no âmbito domiciliar (PRADO, 2010).

Pacientes com restrições de movimentação e com quadros depressivos podem ter mais dificuldades para procurar atendimento odontológico ambulatorial, o que reforça a necessidade de cirurgiões-dentistas capacitados para atuar no domicílio, porém a formação universitária em odontologia, em grande parte das escolas, ainda enfatiza a prática individual, centrada no consultório particular (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

Para que os acadêmicos tenham uma visão ampliada do CD, é necessário investir na formação para que esses futuros profissionais estejam preparados para interferir na realidade do indivíduo e da comunidade, buscando sua transformação. Os acadêmicos de odontologia, ao realizarem o CD, podem pôr em prática os conhecimentos adquiridos na universidade, vivenciar realidades diferentes daquelas encontradas em consultórios, bem como aprender a trabalhar em uma equipe multidisciplinar (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Os terapeutas ocupacionais, ao atuarem no domicílio, auxiliam os pacientes que apresentam dificuldades em fazer de forma independente as atividades básicas de vida diária, como alimentar-se, vestir-se ou banhar-se, e as atividades instrumentais da vida diária, como administração financeira, organização do lar, transporte e atividade de lazer (TAMAI; CARDOSO, 2010).

A assistência extra-hospitalar é espaço de atuação do terapeuta ocupacional, que cada vez mais terá que se organizar para ocupar tal lugar, pois são muitos desafios a serem enfrentados neste contexto, como a complexidade do ambiente domiciliar, a organização da assistência, a construção de redes e a formação específica do terapeuta ocupacional para realizar o CD (OTHERO, 2012).

É unânime entre os cursos a necessidade de formação para o sistema de saúde vigente, assim é preciso sensibilização dos docentes para perceber que o CD se insere no SUS e exige qualificação para desempenhá-lo.

Nesse contexto, fica evidente a necessidade do ensino do CD nos cursos de graduação em saúde, área que vem sendo regulamentada pelo governo brasileiro na última década por meio, entre outras, da Lei nº. 10.424, de 15/04/2002, que dispõe sobre a Assistência Domiciliar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002d),

em complemento à Lei nº. 8.080, de 19/09/1990; da Resolução de Diretoria Colegiada nº. 11, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 26/01/2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar (BRASIL, 2006); e da Portaria nº. 963, de 27/05/2013, do Ministério da Saúde, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

O CD tem se expandido na iniciativa pública e privada, tendo como intuito implementar mudanças em que sejam possíveis o monitoramento e o acompanhamento dos profissionais de saúde aos pacientes e seus familiares no domicílio, local em que acontecem as relações sociais do indivíduo, que podem interferir no seu processo saúde-doença (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005).

Reitera-se, portanto, a necessidade do ensino do CD nos cursos de graduação em saúde, pois a formação dos seus profissionais deverá estar em consonância com as políticas educacionais e de saúde em vigor, para que possam atuar de maneira qualificada e capaz de atender às necessidades e expectativas da população.

Diante do exposto, destaca-se que o ensino do CD precisa superar o modelo hegemônico de ensino, pois o domicílio apresenta características diferentes do ambiente hospitalar. O domicílio é um ambiente único, com relações entre as pessoas que ali convivem, que interferem significativamente no cuidado a ser realizado pela equipe de saúde. Essas nuances não serão percebidas se o CD for ensinado de maneira a transferir o modelo hospitalocêntrico para a casa das pessoas.

É essencial um novo olhar sobre a formação tradicional ainda muito presente nos cursos de graduação em saúde, especialmente ao ensinar o CD. Um olhar que considere diferenças, individualidades, subjetividades, relacionamentos interpessoais, familiares, cuidadores e outras inúmeras situações que podem estar presentes no domicílio.

Nesse sentido, o referencial teórico adotado para essa tese é o Pensamento Complexo segundo Edgar Morin, que vislumbra a possibilidade de agregar outras formas de pensar além dos pensamentos presentes no Paradigma Determinista. A ideia não é desconstruir o que o Paradigma Determinista já construiu, mas acrescentar novos elementos na maneira de pensar.

No ensino do CD, serão utilizados os conhecimentos biológicos, farmacológicos, entre outros existentes, mas haverá necessidade de acrescentar a esse conhecimento questões humanas, psicológicas, espirituais e culturais, que estarão presentes fortemente em cada domicílio.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico adotado para esta pesquisa é o Pensamento Complexo segundo Edgar Morin, por ser uma obra rica e estimulante, pois se relaciona a problemas do pensamento contemporâneo de uma forma original, ousada e provocadora (MORIN, 2002). O Pensamento Complexo indica a reforma do pensamento nas instituições de ensino, corroborando com as necessidades das IES dos cursos de graduação em saúde em superar o modelo hospitalocêntrico de ensino e permitir uma aproximação dos seus discentes com diferentes cenários da prática profissional, incluindo o domicílio. Fato que justifica a escolha desse referencial no presente estudo.

O primeiro item deste capítulo tratará da necessidade de um novo olhar sobre o paradigma determinista, fundamental para percepção da necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde. O segundo item abordará as características do Pensamento Complexo essenciais para seu entendimento. O terceiro item versará sobre complexidade e educação que é a relação buscada nessa tese.

#### 3.1 A NECESSIDADE DE UM NOVO OLHAR SOBRE O PARADIGMA DETERMINISTA

Na história ocidental, predominou o paradigma formulado por Descartes, que separou o campo da filosofia, destinado à meditação e ao estudo do sujeito, do campo do conhecimento científico, que focava mensuração e precisão. Essa disjunção separou a cultura humanista da cultura científica (MORIN, 2011b).

Esse paradigma influenciou significativamente o ocidente e outras partes do mundo com ideias e valores de que o universo é um sistema mecânico, que o corpo humano é uma máquina, que a vida em sociedade é uma luta competitiva pela existência, que o progresso material deve ser ilimitado e obtido por meio do crescimento econômico e tecnológico e que a mulher tem posição inferior ao homem na sociedade (CAPRA, 2006).

O debate entre pensadores como Popper, Kuhn, Feyerabend, Lakatos e outros tratou do desenvolvimento das ciências e certezas que elas traziam, porém o

problema da complexidade não foi exposto, o que faz com que muitos dos fiéis seguidores desses pensadores não a levem em consideração (MORIN, 2002).

Gaston Bachelard, filósofo e poeta francês, que estudou a filosofia da ciência, tratou profundamente da complexidade em seu livro “O novo espírito científico”, porém sua ligação com a complexidade não foi amplamente compreendida (MORIN, 2002).

Anteriormente a isso, Hegel e Heráclito já haviam enfrentado problemas com a contradição. Assim, é provável que a filosofia tenha se defrontado muitas vezes com a complexidade. Atualmente, a complexidade tornou-se uma exigência social e política essencial por nos depararmos com grandes transformações nas diferentes ciências do homem e da natureza. O pensamento mutilante não é capaz de ordenar as informações, porém muitos saberes conduzem a ações isoladas, que não respondem às nossas necessidades, vislumbrando um novo paradigma (MORIN, 2002).

Historicamente, os paradigmas exercem um tipo de relação muito forte de conjunção ou disjunção entre conceitos mestres que determinam o curso de todas as teorias e discursos que o paradigma controla. O paradigma é invisível, mas é poderoso sobre quem sofre seus efeitos (MORIN, 2002).

Um paradigma é um tipo de relação (inclusão, conjunção, disjunção, rejeição) entre um certo número de noções ou categorias mestras. Este tipo de relação, de fato, são relações lógicas, mas um paradigma privilegia algumas delas em detrimento de outras e é por isso que um paradigma controla a lógica do discurso. O paradigma é uma forma de controlar ao mesmo tempo o lógico e semântico (MORIN, 2002, p. 110).

Para Capra (2006, p. 25), um paradigma é

uma constelação de concepções, de valores, de percepções e de práticas compartilhados por uma comunidade, que dá forma a uma visão particular da realidade, a qual constitui a base da maneira como a comunidade se organiza.

A essência do paradigma da simplificação, que dirigiu a ciência clássica, é de disjunção e redução. Nesse paradigma, estão presentes pensamentos que separam o objeto do seu meio, o físico do biológico, o biológico do humano, separam o conhecimento em categorias, em disciplinas (MORIN, 2002).

Essa divisão do conhecimento em disciplinas fragmenta-o em campos não comunicantes, como, por exemplo, o cérebro, que é objeto de estudo das

neurociências, campo da biologia, e o espírito, estudado pelas ciências humanas que por sua vez são divididas em ciências psicológicas, psicologia cognitiva, psicanálise, entre outras. O interessante é articular todas essas faces, pois entre áreas fragmentadas há um enorme desconhecimento do mundo (MORIN, 2002).

Essencialmente, as ações comandadas pelo paradigma da simplificação são principalmente redutoras e unidimensionais. A disjunção concebe elementos desligados, a redução anula a diversidade. Esse paradigma não permite pensar a unidade na diversidade ou a diversidade na unidade, isto é, a ***unitas multiplex*** (conceito que será discutido mais adiante). Descartes afirmava que o domínio do sujeito (**ego cogitans**) se relacionava à cogitação presente na filosofia, e o domínio do objeto (**res extensa**) era o domínio da ciência, sendo que um mutilava o outro, o que é trágico tanto para a ciência como para a filosofia (MORIN, 2002).

O método analítico de Descartes consiste em dividir fenômenos complexos em partes. Para ele, o universo material era uma máquina que poderia ser entendida completamente, analisando suas menores partes. A sua concepção de natureza é dividida em dois domínios independentes e separados: a mente e a matéria (CAPRA, 2006).

O paradigma determinista não supre as inúmeras faces da sociedade e seus problemas, o que demanda o desenvolvimento do conhecimento científico para que exista um diálogo entre as disciplinas, entre observador e observado, e para que isso ocorra, Edgar Morin sugere a reforma do pensamento como forma de superar o reducionismo, visto que o principal limite da ciência é abordar as instâncias separadamente (PENA-VEGA; NASCIMENTO, 2010).

O conhecimento científico desenvolveu-se com base em dois fundamentos: **objetividade dos enunciados científicos**, que era estabelecida pelas verificações empíricas, e **coerência lógica** das teorias, que se originava desses dados objetivos (MORIN, 2002).

O domínio das ciências prevaleceu por muito tempo. O conhecimento era reconhecido como o espelho da realidade e havia ideias dominantes que remetiam a um conhecimento verdadeiro e pertinente: ordem, separação, redução e lógica, detalhadas abaixo (MORIN, 2010a; 2010b):

a) a **ordem** contém tudo o que é estável, constante, regular e cíclico. Relaciona-se à repetição, à invariância, que pode ser e que está altamente dependente de uma lei;



b) a **separação** rompe a ligação entre as matérias, levando à especialização organizada em disciplinas;

c) a **redução** indica que o conhecimento das unidades elementares permite conhecer os conjuntos dos quais elas são os componentes; e

d) a **lógica** clássica atribuía o valor da verdade absoluta, sendo que toda e qualquer contradição deveria ser eliminada. As contradições indicavam o erro e obrigavam a abandonar o raciocínio. Havia, nesse sentido, predomínio do princípio da causalidade linear.

No entanto, há limitações nessas ideias dominantes citadas, que culminam com a necessidade do diálogo entre a certeza e incerteza, separação e inseparabilidade (MORIN, 2010a). Assim, o desafio da complexidade consiste em questionar cada um desses princípios, que passaram a ser confrontados a partir do desenvolvimento científico ocorrido durante o século XX, culminando com a necessidade de reforma do pensamento (MORIN, 2010b).

O segundo princípio (separação), por exemplo, foi questionado no decorrer do século XX, pois o todo tem um número de qualidades e propriedades que não aparecem nas partes quando elas estão separadas, bem como as partes podem representar determinadas características, quando estão isoladas, que não são percebidas quando estão no todo: paradigma da totalidade. Exemplificando, cita-se a composição da água, que é formada por dois átomos de hidrogênio e um de oxigênio gasoso que, ao se unirem, provocam o aparecimento de um líquido cujas propriedades são totalmente diferentes daquelas presentes nos seus componentes (MORIN, 2010b).

Assim, em relação aos quatro princípios citados, pode-se dizer que a separação é insuficiente, pois, além de separar e distinguir, é preciso reunir e juntar. A ordem precisa integrar-se na dialógica ordem-desordem-organização. O princípio da redução está descartado por não se chegar ao conhecimento do todo a partir do conhecimento dos elementos de base. O princípio da lógica deixou de ser absoluto, sendo necessário transgredi-lo (MORIN, 2010b).

Não se pode negar que a ciência trouxe descobertas e enriquecimentos extraordinários que a reflexão seria incapaz de fazer. No entanto, o cientista deve olhar criticamente o filósofo, que deve olhar criticamente o cientista, tentando sempre a comunicação dessas áreas. O conhecimento deve trabalhar na incerteza e na dificuldade (MORIN, 2002).

O conhecimento científico determinou progressos técnicos inéditos, pois a ciência pode ser considerada elucidativa, enriquecedora, satisfazendo necessidades sociais. Porém, essa ciência, que é conquistadora, apresenta problemas graves por ser ambivalente, isto é, pode trazer prejuízos à humanidade, como a possibilidade do seu aniquilamento, por exemplo (MORIN, 2010c; 2011b).

Segundo Morin (2010c), entre os traços negativos do desenvolvimento científico, citam-se: o desenvolvimento de disciplinas, que traz o inconveniente da superespecialização, que fragmenta o saber; o desligamento entre a ciência da natureza e a ciência do homem, cada uma pensando isoladamente sem dialogar com a outra; as ciências antropológicas, que também adquiriram vícios da superespecialização; a fragmentação do saber, que tende ao seu anonimato, pois muito conhecimento produzido permanece acumulado em bancos de dados; e os perigos biológicos, mas sobretudo sociais e políticos, diante das possibilidades de manipulação e destruição decorrentes do desenvolvimento da ciência.

A objetividade presente no conhecimento científico é produzida e reconstruída por um dinamismo específico das condições organizacionais da comunidade científica, isto é, a objetividade não excluiu o espírito humano, o sujeito individual, a cultura. A sociedade necessita, portanto, de consenso e de antagonismo e do conflito entre concepções e teorias (MORIN, 2002).

As teorias científicas são subjetivas-objetivas, pois os dados são objetivos, mas as teorias são construções de seres humanos, que são subjetivos. Elas são co-produzidas pelo espírito humano e por uma realidade sociocultural (MORIN, 2002).

O mundo que a ciência quer conhecer tem de ser um mundo objetivo, independente do seu observador, mas este mundo não pode nunca ser percebido e concebido sem a presença e a atividade deste observador (MORIN, 2002, p. 17).

As teorias científicas ordenam e organizam os dados verificados em que se baseiam. Porém, a cada dia, observações e novos experimentos fazem surgir dados desconhecidos. Assim, as teorias científicas são mortais, pois seus dados podem ser refutáveis (MORIN, 2010c).

Destarte, no início dos anos de 1950 e de 1960, percebeu-se que nenhuma teoria científica estava absolutamente certa, sendo Popper o transformador do conceito de que a ciência era certeza para o conceito de incerteza. Popper insistiu em dois aspectos muito importantes: primeiro, que exista uma comunidade científica

que tenha consenso sobre as regras para determinar o que aceitam ou não de determinado tipo de verificação ou observação, e segundo, que o consenso da comunidade não é suficiente, sendo necessários aspectos da sociedade como rivalidade e conflito com oposições entre as teorias. Admitem-se, portanto, oposições e conflitos pessoais resultantes dos humores, das antipatias, das ambições ou das frustrações. Assim, para que a objetividade possa ser reconhecida, é necessário um grupo científico que tenha ao mesmo tempo aspectos comunitários e sociais, bem como rivalidades e conflitos, e que desenvolva a tradição crítica (MORIN, 2002).

O conhecimento é sempre incerto e deve-se estar vigilante diante das possibilidades de engano, pois o conhecimento apresenta limites e reconhecê-los é sinal de progresso e permitirá progredir em novos territórios (MORIN, 2002; ROGER, 2010).

Ressalta-se que qualquer conhecimento se forma em uma determinada cultura com crenças, ideias, vocabulário, portanto, todo conhecimento tem uma inscrição histórica e sociocultural. Assim, a sociologia do conhecimento será útil na contribuição da epistemologia do saber (MORIN, 2002).

No início do século XX, surgiram questionamentos ao paradigma predominante, quando o que era certo e ordenado dá lugar à desordem e à incerteza, isto porque Boltzman, no século XIX, reconheceu, na condição de verdadeiro, o fenômeno calorífico como um fenômeno de agitação ao acaso das moléculas, contrapondo-se à ideia dominante de na ciência o universo ser ordenado e obedecer a um determinismo universal (MORIN, 2010a).

Essa aleatoriedade era excluída na ciência clássica, que concebia um universo estritamente determinista e eliminava o observador da observação. Já a microfísica, a teoria da informação e dos sistemas, reintroduz o observador na observação (MORIN, 2010c).

Assim, reafirma-se que o universo é inseparável da desordem, "enfim, o universo sempre nos aparece como um coquetel espantoso de ordem e desordem". E a ciência torna-se mediadora do diálogo entre esses dois conceitos (MORIN, 2010a).

A partir da metade do século XX, acentuou-se uma profunda insatisfação com o conhecimento disjuntor derivado do paradigma simplificador, que hiper-especializou diversos campos cognitivos em compartimentos não comunicantes. A

crise dos paradigmas indica o esgotamento do pensamento mutilante e redutor, e diante de uma consciência moderna, será preciso praticar ciência com consciência (CARVALHO, 2010).

Assim, o diálogo sobre a complexidade começou a ganhar força a partir da teoria dos sistemas, da cibernética e da teoria da informação. No início da década de 1950, Warren Weaver, que foi o coformulador com Shannon da teoria da informação, publicou que no século XIX ocorreu o desenvolvimento das ciências da complexidade desorganizada, referindo-se ao segundo princípio da termodinâmica, e que no século XX, deveria ocorrer o desenvolvimento das ciências da complexidade organizada (MORIN, 2002). A teoria da informação preconiza sempre o inesperado, "nasce do diálogo com o mundo, e nele sempre surgem acontecimentos que a teoria não tinha previsto e tampouco jornalistas" (MORIN, 2010a, p. 27).

A teoria dos sistemas teve início também a partir da década de 1950 com Ludwig von Bertalanffy e se expandiu nas mais diferentes direções, sendo concebida como uma associação combinatória de elementos distintos. O sistema é percebido como tudo que tem uma realidade: o átomo, as moléculas, o sol, as galáxias, biosfera, o homem, a sociedade formando sistemas, subsistemas e polissistema. Portanto, o objeto da ciência não é algo isolado, mas o sistema (MORIN, 2010a).

A virtude da cibernética está em ditar à máquina o seu comportamento, se valendo para tal da informação, e ter trazido a noção de espiral (produto e produtor). São notórias, portanto, nesse processo de transição para um novo paradigma, as contribuições da teoria dos sistemas, da cibernética e da teoria da informação (CARVALHO, 2010).

Constata-se ainda que o paradigma dominante, que é de disjunção e redução, começa a ficar enfraquecido quando se percebe que tudo está relacionado e, contemporaneamente, pode se dizer que, em relação ao conhecimento, não há fundamentos que sejam únicos e seguros (MORIN, 2010a).

Diante do exposto, o Pensamento Complexo pode ser visto como uma ruptura de paradigmas, como uma nova proposição epistemológica que, para Edgar Morin, começou a ganhar forma na década de 70 do século XX, com a publicação do livro *O paradigma perdido: a natureza humana* (1973) e do *Método* (1977), que começa a expor o conceito de complexidade, porém seu reconhecimento se iniciou na década

de 90 do mesmo século, com as reflexões decorridas de seus trabalhos (PENA-VEGA; NASCIMENTO, 2010).

O Pensamento Complexo permite utilizar princípios anticartesianos e pós-cartesianos no sentido de não rejeitar o resultado da ciência reducionista, mas como possibilidade de recusar suas limitações, permitindo não somente organizar problemas de outra maneira, mas inventar as soluções. O Pensamento Complexo permite religar o que está desagregado e contextualizar o que está reduzido (BIANCHI, 2010).

Em um primeiro momento, a complexidade parece estar relacionada a um fenômeno quantitativo, ou seja, grande quantidade de interações de referências, no entanto, ela não compreende apenas quantidades, mas também incertezas, indeterminações, fenômenos aleatórios, relação estreita com o acaso (MORIN, 2011b).

Para alcançar a reforma do pensamento, é preciso confluir as duas revoluções científicas - uma, que estabelece a introdução da desordem e da incerteza, e a outra, que tenta constituir as ciências de forma sistêmica em oposição às disciplinas fechadas - sem olvidar a tríade formada pelas teorias da informação, cibernética e de sistemas (MORIN, 2010a).

Edgar Morin sugere que a reforma de pensamento se inicie em escolas primárias, em pequenas classes, e reafirma que só será concretizada por meio de uma reforma da educação que tome como base o significado da espiral, um círculo virtuoso e não vicioso, que é o que ocorre quando se tenta reformar o ensino sem reformar os docentes (MORIN, 2010a).

A obra de Edgar Morin é uma das tentativas fundamentais para pensar e descrever a complexidade humana. Para compreender a complexidade, é preciso ir além de apenas justapor, reduzir e unidimensionar. A antropologia, a sociologia, a ética, a política e a história são níveis complexos em que o homem encontra seu modo de estar no mundo e são faces diferentes do fenômeno humano (ROGER, 2010).

Sua obra é multiforme.

Na França, foi reconhecida a obra do sociólogo e, mais recentemente, a do sociólogo da organização. Na Inglaterra, com mais facilidade, a do intelectual de esquerda [...]. Nos países da América Latina e no Japão, a do pensador da complexidade (BIANCHI, 2010, p. 119).

Sua produção de conhecimento é notadamente interdisciplinar, sendo considerado um dos “pensadores mais originais de nossa época, cuja influência intelectual e moral permeia diversos campos das ciências humanas, constituindo-se em um dos mais sensíveis teóricos da condição humana” (SILVA, 2011, p. 417).

### 3.2 O PENSAMENTO COMPLEXO SEGUNDO EDGAR MORIN

A palavra complexidade deriva de *complexus*, que significa o que é tecido junto (MORIN, 2010a). “Tecido [...] de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas [...] tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico” (MORIN, 2011b, p.13).

O adjetivo complexo vem do latim (*plecto, plexi, complector, plexus*: tecido, trançado, enroscado, cingido, enlaçado, apreendido pelo pensamento...). Porém, muitas vezes, esse adjetivo é encarado de forma pejorativa, pois se aceita que o complexo é o contrário do simples e privilegia um conhecimento organizado, tornando-se sinônimo de complicado e muitas vezes não se diferencia de adjetivos como emaranhado, embrulhado, à espera de simplificação (ARDOINO, 2010).

De fato, para muitos investigadores, a palavra complexidade significa complicação, isto é, ações, interações, retroações que nem o ser humano e nem um computador potente poderiam discernir tais elementos e processos, porém a complexidade é mais profunda, relaciona-se ao problema da dificuldade em pensar, na dificuldade em concebermos a ciência, o mundo em que estamos inseridos e a forma como nos relacionamos com o mundo, com os outros e com nós mesmos (MORIN, 2002).

Concepções equivocadas ainda existem, mas na atualidade a noção de complexo se enriquece, pois suas propriedades específicas foram realçadas e o termo vem sendo usado adequadamente na matemática, química, na cibernética, nas teorias da informação e comunicação, na psicanálise e em outras áreas (ARDOINO, 2010).

Novas características enriqueceram o conceito, e substantivos mais especializados como complexidade ou complexificação aparecem no decorrer do século XX em campos como ecologia e cibernética. Na verdade, são posições

filosóficas que se afirmam. Para Morin, o Pensamento Complexo corresponde essencialmente a uma reforma ou até mesmo a uma revolução dos procedimentos de conhecimento que querem manter perspectivas tradicionais, que são antagônicas (universalidade e singularidade) (ARDOINO, 2010).

Morin (2002, p. 102) afirma que

A complexidade é o desafio e não a resposta. [...] é a união da simplicidade e da complexidade: é a união dos processos de simplificação que são a seleção, a hierarquização, a separação, a redução, com os outros contraprocessos que são a comunicação, a articulação do que está dissociado e distinto. É o escapar à alternativa entre o pensamento redutor que só vê os elementos e o pensamento globalista que só vê o todo.

A complexidade é uma possibilidade de pensar por meio das incertezas e contradições e comporta a imperfeição. Ela "contém em si a impossibilidade de unificar, a impossibilidade de acabamento, uma parte de incerteza, uma parte de indecidibilidade". Admite a eventualidade e a desordem em todas as coisas, sendo, portanto, o fim do saber absoluto e total (MORIN, 2002, p. 98).

Está presente na relação entre o simples e o complexo por ser uma relação simultaneamente antagônica e complementar. A essência do mundo não é complexa e nem simples, é inconcebível. Pode-se relativizar a complexidade por ela integrar a simplicidade e abrir-se para o inconcebível. Pode-se aceitá-la como princípio regulador, porém não é o princípio revelador da essência do mundo (MORIN, 2002, p. 98).

O Pensamento Complexo mostra outras maneiras de usar a lógica frente a uma realidade do paradigma da ordem. É um pensamento da articulação e da abertura frente à lógica do fragmento, mais que substituir a lógica clássica, deve-se enfraquecê-la para compreender os processos complexos. É, portanto, um processo dinâmico, que trata os assuntos em movimento, ao contrário da lógica clássica, que pensa de maneira estática (ROGER, 2010).

O Pensamento Complexo almeja o conhecimento multidimensional, no entanto, ele está ciente de que o conhecimento completo é impossível (MORIN, 2011b).

A complexidade está presente em todos os níveis do real: físico, biológico, antropológico, sociopolítico (ROGER, 2010). Diante de sua amplitude, ressalta-se que inteligência e a complexidade parecem ser dois conceitos indissociáveis, pois

quanto mais uma situação for percebida como complexa, maior deverá ser a inteligência necessária para dominá-la (LE MOIGNE, 2010a).

Morin, Ciurana e Motta (2009) destacam as principais características do Pensamento Complexo: não há consenso semântico e epistemológico sobre o termo complexidade; é um pensamento que postula a dialógica, a recursividade, a hologramaticidade, revelando a incerteza; reconhece o movimento e a imprecisão; é articulante e multidimensional; reconhece que o conhecimento não é um processo linear e cumulativo; não desconsidera a simplicidade, mas une a simplificação com a complexidade.

O que foi citado na complexidade - complicação, desordem, contradição, dificuldade lógica, problemas de organização, entre outros - forma o seu tecido, isto é, o tecido formado por diferentes fios que se entrecruzam e formam a unidade da complexidade, porém essa unidade não destrói a variedade e a diversidade das complexidades que o teceram (MORIN, 2010c).

Em um primeiro momento, a complexidade chega como um nevoeiro, incerteza, confusão, incompreensão lógica, parece até negativa por reintroduzir a incerteza no conhecimento que era dado como certo e absoluto, porém no avanço das avenidas que conduzem ao desafio da complexidade percebe-se a presença do núcleo empírico que contém as desordens, as eventualidades e o núcleo lógico formado pelas contradições que devemos enfrentar (MORIN, 2010c).

A complexidade leva ao desafio de renunciar à ideia de certeza absoluta e elucidação total do universo e indica que o caminho é dialogar com o universo. Portanto, ela surge como uma dificuldade, uma incerteza e não como clareza e uma resposta. Assim, Morin (2010c) indica diferentes avenidas que conduzem ao “desafio da complexidade”:

a) irredutibilidade do acaso e da desordem. Esses dois aspectos - acaso e desordem - estão presentes no universo e são ativos na sua evolução, porém deve-se ter clareza de que as incertezas geradas por esses dois aspectos muitas vezes não conseguem ser solucionadas;

b) transgressão dos limites que eliminam a singularidade, a localidade e a temporalidade, que permitirá que não ocorra a troca do singular e do local pelo universal, mas a união desses aspectos;



c) complicação que surgiu a partir do momento em que se percebeu que os fenômenos biológicos e sociais apresentam um número incalculável de interações e retroações;

d) relação complementar e antagônica entre noções de ordem, desordem e organização, em que fatos ordenados, por exemplo, podem surgir de uma agitação ou de uma turbulência desordenada;

e) organização que constitui um sistema a partir de elementos diferentes, constituindo, portanto, uma unidade e uma multiplicidade em consonância com a lógica *unitas multiplex*, que pede para o múltiplo não ser transformado em um, nem o um em múltiplo. O sistema tem características que são nada mais nada menos que aquilo que poderíamos chamar de soma das partes;

f) crise dos conceitos fechados e claros, pois as verdades aparecem nas ambiguidades e em uma aparente confusão;

g) volta do observador na sua observação, pois é impossível eliminar o sociólogo da sociedade. O observador integra-se na sua observação e na sua concepção. Assim, as teorias científicas são organizadas a partir de princípios que muitas vezes não derivam da experiência, mas que são os paradigmas;

h) organização recursiva é a organização cujos efeitos e produtos são necessários à sua própria causa e a própria produção.

Uma sociedade é produzida pelas interações entre indivíduos e essas interações produzem um todo organizador que retroage sobre os indivíduos para co-produzi-los enquanto indivíduos humanos, o que eles não seriam se não dispusessem da instrução, da linguagem e da cultura. Portanto, o processo social é um círculo produtivo ininterrupto no qual, de algum modo, os produtos são necessários à produção daquilo que os produz (MORIN, 2010c, p. 182).

Os conceitos produtor e produto, causa e efeito, um e múltiplo não têm fronteiras bem nítidas quando se pensa na complexidade, pois ela não é apenas um fenômeno empírico - acasos, eventualidades, desordens - mas também um problema conceitual (MORIN, 2010c).

A organização presente no sistema e citada no item “e” inibe potencialidades existentes nas partes, porém, ao mesmo tempo, o todo organizado é algo a mais que a soma das partes, fazendo surgir qualidades que não existiam anteriormente. Essas qualidades emergentes retroagem às partes e podem estimulá-las a exprimir suas potencialidades (MORIN, 2010c).

Nesse sentido, cita-se o **princípio hologramático**<sup>3</sup>, pois um holograma é uma “imagem física cujas qualidades de relevo, de cor e de presença são devidas ao fato de cada um dos seus pontos incluírem quase toda a informação do conjunto que ele representa”. Os humanos são um exemplo disso, pois cada uma das células contém a informação genética da pessoa, e as pessoas são formadas por cada uma dessas células. Outro exemplo é a sociedade que está presente no indivíduo e cada um dos indivíduos forma a sociedade (MORIN, 2010c, p. 181).

As explicações passam a ser, portanto, circulares, o que representa movimento, deixando de lado as explicações lineares, estanques.

O desafio da complexidade pode ser o ponto de partida para um pensamento multidimensional, que necessita de um pensamento **dialógico**, isto é, duas lógicas que estão unidas sem que a dualidade não se perca nessa unidade, como, por exemplo, o homem é um ser unidual, totalmente biológico e totalmente cultural a um só tempo. Nesse sentido, a dialógica comporta a ideia de que os antagonismos podem ser estimuladores e reguladores (MORIN, 2010c).

O princípio dialógico não se refere simplesmente a justapor dois princípios, mas a relacionar princípios necessários um ao outro. Nesse princípio, é possível associar dois termos complementares e antagônicos ao mesmo tempo (MORIN, 2011b).

A sociedade se origina de interações entre os indivíduos, e a cultura e o saber da sociedade retroagem sobre esses indivíduos, humanizando-os: a cultura dá aos indivíduos a linguagem e o saber transforma-os. Esse princípio da **recursão organizacional** refere-se ao processo em que produtos e efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores do que os produz, e esse princípio trabalha com a ruptura da ideia linear de causa e efeito, pois tudo o que é produzido retorna sobre aquilo que o produz em um ciclo autoconstitutivo, auto-organizador e autoprodutor, ou seja, os indivíduos produzem a sociedade que produz os indivíduos (MORIN, 2010a; 2011b).

Além dessas interações em sociedade, os humanos mantêm relações com o meio ambiente, assim como todos os seres vivos também mantêm. É uma relação de **auto-organização**, em que os seres vivos toleram a desordem e se nutrem dessa desordem para se regenerar, auto-organizando-se. Nenhum ser vivo pode

---

<sup>3</sup> No decorrer do texto, serão explicitados conceitos que estarão em negrito e facilitarão a compreensão do pensamento complexo.

viver sem seu ecossistema, sem seu meio ambiente. Isso quer dizer que não podemos compreender alguma coisa de autônomo, senão compreendendo aquilo de que ele é dependente (MORIN, 2010a). Concebe-se a ideia de que o ser vivo se organiza por si mesmo, extraindo do meio exterior materiais e informações (MORIN, 2002).

Para exemplificar a auto-organização, cita-se que os genes controlam o organismo e o organismo controla os genes. Se essa compreensão não for possível, a auto-organização do ser vivo continuará a ser entendida de forma compartimentada em biologia molecular, genética, anatomia e fisiologia. O reaparecimento dessa ideia de auto-organização permite o seu desenvolvimento, que possibilitará articular as ciências biológicas umas às outras (MORIN, 2010b).

Relacionado à recursão organizacional e à auto-organização, tem-se o conceito de **sistema biocultural**, que é o sistema em que a auto-organização biológica ocorre em decorrência das informações culturais produzidas pelas interações sociais entre os indivíduos, agindo como estímulo e permitindo ao cérebro criar complexas inter-relações internas (ROGER, 2010).

Nesse sentido, tem-se ainda o conceito de **computar**, que não é apenas fazer cálculos numéricos, mas retratar a informação, as formas, os signos, efetuar operações que separam, associam, incluem, excluem. A dimensão cognitiva faz parte da dimensão organizacional da vida (MORIN, 2002).

O conhecimento está relacionado diretamente com a relação ativa dos seres humanos com o mundo exterior, sendo a ação o primeiro e fundamental vínculo do conhecimento cerebral. Ele relaciona-se com a aptidão em extrair informações de indícios esparsos, de fragmentos provenientes dos ruídos: fatos desprovidos de sentido. A estratégia do conhecimento trabalha de um lado com as redundâncias - repetições, regularidades, princípios de ordem - e de outro com o aleatório para reduzir incertezas concebendo a complexidade, "assim, o cérebro não computa diretamente os dados exteriores, mas faz computações e intercomputações" (MORIN, 2002, p. 23).

Ademais, o conhecimento é organizador da informação que se apresenta sob a forma de unidades designáveis, isto é, sob a forma de *bits*. Computar é operar sobre informações, assim, a informação não é o importante, mas a operação que as trata, e são os humanos que transformam os acontecimentos ou coisas em signos. A informação supõe a computação viva (MORIN, 2002).

O corpo humano é constituído por milhares de seres computantes, que são as células que interagem e assim comportam ou produzem intercomputações cognitivas. "A atividade cognitiva humana é a **cogitação** da computação das computações. A cogitação é uma atividade emergente ao mesmo tempo em que o espírito" (MORIN, 2002, p. 23).

O todo emerge de elementos construtivos que interagem, e esse todo organizador que se constitui retroage sobre as partes que o constituem. Portanto, essa **retroação** faz com que as partes funcionem graças ao todo. O espírito é uma atividade emergente que retroage sobre o funcionamento das células cerebrais. A computação comporta operações de separação - distinção, disjunção, seleção e rejeição - e operações de associação e a partir dessas operações computantes origina-se a cogitação (pensamento). Existe, portanto, uma inseparabilidade entre computo e cogito, que permite perceber a relação entre espírito e cérebro ou alma e corpo (MORIN, 2002).

Os sistemas de ideias obedecem a princípios lógicos de reunião, no entanto, por trás desses princípios lógicos, há princípios ocultos que podem ser chamados de paradigmas. Assim, para conhecer o conhecimento científico, é necessário conhecer o modo de existência e organização das ideias, o que se chama de **noosfera** (MORIN, 2002).

A teoria deve estar aberta a regenerar-se na sua relação com o mundo exterior, possibilitando a elaboração de uma nova ciência - a **noologia** - que é a ciência relacionada ao espírito e às entidades mitológicas. Nesse sentido, a lógica coloca problemas ao conhecimento científico ao demonstrar-lhe incertezas onde antes eram vistas as certezas (MORIN, 2002).

Morin coloca que o cérebro é uma **unitas multiplex** hipercomplexa em que a menor palavra, percepção ou representação põe em ação uma conexão de milhares de neurônios e múltiplas camadas ou setores do cérebro, que tem três esferas: cérebro reptilíneo (agressão), cérebro mamífero (afetividade) e neocórtex humano (inteligência lógica e conceitual), sem predomínio de um sobre os outros. Para o autor, "o nosso cérebro tem um caráter ao mesmo tempo fundamentalmente aberto e fundamentalmente fechado". A mensagem que chega ao cérebro por meio dos sentidos é sempre codificada, traduzida para reconstruir a imagem do original (MORIN, 2002, p. 25).

Assim, o conceito de *unitas multiplex* relaciona-se à conjunção entre uno e múltiplo (CARVALHO 2010). Morin indica a necessidade de uma dialética que considere o uno do múltiplo relacionando dois pensamentos: um unificante e outro diversificante (SÁNCHEZ, 2010). A complexidade está no ato de homogeneizar como de heterogeneizar, isto é, *unitas multiplex* (MORIN, 2002).

Ademais, Morin considera o homem como ***homo sapiens/demens*** por ter consciência da morte e com uma **hipercomplexidade cerebral** pelo fato da auto-organização do cérebro sapiencial receber interferência de diversos complexos cerebrais, em que estarão complementaridade e antagonismo juntos ao mesmo tempo, produzindo justamente a norma, ou seja, a hipercomplexidade cerebral (ROGER, 2010).

Ao contrário da visão tradicional da ciência, onde não há sujeito, não há consciência, não há autonomia, e no Pensamento Complexo está presente o sujeito, que é colocar-se no centro do seu próprio mundo, é ocupar o lugar do eu. Isso significa ocupar o lugar no centro do seu mundo e que vai lidar com os outros e consigo mesmo. Assim, ser sujeito é ser autônomo, sendo ao mesmo tempo dependente (MORIN, 2011b).

Arelado a isso, há o ***imprinting social***, que é a marca sem retorno deixada pela sociedade nos seres humanos desde a infância, que continua na escola e mais ainda nas universidades, pelos meios científicos ou dogmas que permanecem durante decênios. Existem áreas fracas nesse *imprinting*, assim, procurar essas áreas falhas e zonas de turbulência propicia o surgimento do novo (MORIN, 2002).

Atualmente, os desenvolvimentos científicos, técnicos e sociológicos estão cada vez mais em inter-retroações estreitas e múltiplas. Esse processo é inter-retroativo, pois a ciência está no centro da sociedade que a controla por meio de seus poderes econômicos e estatais.

A ciência produz técnicas que transformam a sociedade que, tecnologizada, transforma a própria ciência a partir de interesses econômicos e do Estado, de acordo com suas finalidades, seus programas, suas subvenções. A ciência está no interior da sociedade, e embora seja distinta dessa sociedade, ela é inseparável dela, o que torna as ciências físicas e biológicas em ciências sociais. Porém, a ciência natural não tem meios para conceber a realidade social, e a ciência antropológica não tem nenhum meio para conceber seu enraizamento biofísico, sendo essa uma tarefa necessária (MORIN, 2010c).

No universo, as coisas se organizam, se complexificam e se desenvolvem. A **ordem**, como já mencionado, relaciona-se à repetição, constância, invariância. No entanto, o universo tende a uma entropia geral. Assim, a **desordem** refere-se à irregularidade, ao acaso, à imprevisibilidade. A complexidade não se relaciona apenas à incerteza, mas à incerteza envolvida em sistemas ricamente organizados. Está ligada a mistura de ordem e de desordem (MORIN, 2011b).

Quando se obedece ao princípio da organização, o mundo é considerado simples, no entanto, ele se complexifica a partir do momento em que a desordem se instala no sentido de refinar e enriquecer o olhar, que é dado aos fenômenos que deixam de ser divisíveis e suscetíveis à redução em elementos simples (ARDOINO, 2010).

A existência não seria possível em um universo onde existisse apenas a ordem, pois não existiriam inovação, criação e evolução, bem como não existiria a desordem, pois não existiriam elementos estáveis para constituir uma organização. Assim, ordem e desordem estão presentes no universo (MORIN, 2011b).

Constata-se que alguns fenômenos desordenados são necessários para a produção de fenômenos organizados, que contribuem para o crescimento da ordem. A complexidade considera o **acaso** não sendo apenas um fator negativo, mas uma chance que se deve aproveitar. O universo é uma mistura de ordem, desordem e organização em que o acaso não pode ser eliminado (MORIN, 2011b).

O **tetragrama ordem/desordem/interação/organização** refere-se às explicações de um fenômeno que não se utiliza de um desses princípios apenas, é preciso misturá-los, combiná-los, sendo interdependentes e nenhum é prioritário (MORIN, 2011b).

Para entender esse tetragrama, é necessário misturar esses princípios, pois nenhum deles isoladamente contém as respostas. A ordem biológica é uma ordem de regulação, assim a complexidade é a progressão da ordem, desordem e da organização, isto é, é a transformação das qualidades desses conceitos (MORIN, 2002).

O Pensamento Complexo se esforça para fazer dialogar a ordem, a desordem e a organização para que as dimensões físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas e históricas do humano deixem de ser incomunicáveis (MORIN, 2010c).

Diante do exposto, destaca-se que a Terra é um planeta muito singular, suas propriedades possibilitaram o nascimento do mundo vivo. Ela é um conjunto global,

um sistema complexo e para conhecê-la é necessário recorrer às diversas partes que a constituem, ao todo e do todo, às partes em diversas ciências: a ciência da terra, a ciência da evolução, a ecologia e a geografia humana. A discussão entre essas diferentes áreas permite entender a unidade, a multidimensionalidade e a complexidade dos problemas terrestres, em que os fenômenos são inseparáveis de interações, de retroações, de interferências (MORIN, 2002).

### 3.3 COMPLEXIDADE E EDUCAÇÃO

Historicamente, as estruturas do ensino promovem a disjunção entre o cérebro, que é estudado na biologia, e o espírito, que é estudado na psicologia. Porém, o ser humano é, ao mesmo tempo, biológico, psicológico e cultural, e o ensino separa o cérebro do espírito, o biológico do social. Assim, percebe-se a necessidade de religar as ciências humanas, pois elas estão em disjunção umas das outras (MORIN, 2010b).

É possível apreender um mesmo objeto sob diferentes pontos de vista, sendo que as ciências que estudam esse objeto podem juntar-se ou desconjuntar-se (LERBET, 2010).

Assim, a educação deveria ser capaz de permitir que cada pessoa tenha consciência da sua condição humana presente no mundo biológico, histórico e social. A unidade e a diversidade humana não podem ser separadas, portanto, a inteligência do indivíduo humano não pode ser dissociada da afetividade (MORIN, 2010b).

No ensino, em geral, chega-se aos resultados dos problemas por um caminho inquestionável. Em muitas disciplinas experimentais, os trabalhos práticos não instigam a busca do conhecimento, pois em muitas ocasiões os discentes encontram previamente nos livros, apostilas ou manuais os resultados das experiências, fato que contribui para uma castração intelectual do acadêmico. Deixa-se de lado o trabalho da problematização (LERBET, 2010).

O sistema escolar homogeneíza e programa o trajeto dos estudantes em um princípio de universalidade e igualdade em que os acadêmicos são modelizados, no entanto, os docentes devem estar disponíveis para encaminhar seus estudantes de

diferentes formas para que cada um crie seu próprio itinerário, o que não chega a suprimir o respeito a certas regras (MORIN, 2010c).

Na maneira de ensinar e aprender, destaca-se que há uma grande generalidade de assuntos a ser assimilada pelos estudantes, bem como há uma grande diversidade de estratégias possíveis de serem aplicadas. Assim, destacam-se os aprendizes que são capazes de entender para depois resolver exercícios enquanto outros querem apenas estratégias para evitar o fracasso. Isso demonstra que diferentes estratégias pedagógicas são necessárias, como, por exemplo, estratégias que possibilitam a produção e não somente o consumo do saber, isso permitiria aos estudantes a interiorização da transdisciplinaridade. Porém, para que os professores ensinem de outra maneira, é necessário que tenham vivido situações de pesquisa (LERBET, 2010).

Para que tais mudanças aconteçam, são necessárias alterações nas práticas de ensino. Os professores precisam experimentar outras maneiras de aprender além daquelas vividas por eles na adolescência e que muitas vezes reproduzem, acreditando ser a melhor opção (LERBET, 2010).

Ademais, possibilidades de mudança ocorrem quando se ensinam a literatura, a poesia, o cinema e as artes, pois essas áreas remetem a um conhecimento de si, e os adolescentes, por exemplo, adquirem esse conhecimento de si mesmos, dos seus sentimentos por meio de romances, livros e filmes. Muitas obras expressam subjetividade humana, fato que contribui para o conhecimento do ser humano, da sociedade e de suas relações nos tempos históricos (MORIN, 2010b).

A ciência da argumentação é uma disciplina possível de ser ensinada, pois tem características que os docentes são capazes de ensinar. Destaca-se a restauração da retórica nos programas escolares, o que possibilita um raciocínio argumentativo que impede a crença em uma verdade eterna e absoluta. É preciso formar cidadãos que saibam contextualizar, pois vivemos em uma era em que as informações no rádio e na TV são, de uma forma geral, descontextualizadas (LE MOIGNE, 2010b).

Como exemplo, cita-se o que é ensinado nos cursos de medicina, que, em geral, é um saber que não é clínico, mas um saber de cirurgião, em que as partes do corpo são separadas uma a uma. Esse é o exemplo que predomina no ensino tradicional, a decomposição analítica que é tida como sagrada, mas no fundo é



perversa, pois se espera do cirurgião não apenas a precisão técnica, mas também uma palavra gentil, porém isso não é ensinado nesse tipo de formação (LE MOIGNE, 2010b).

Os profissionais, sejam eles engenheiros ou biólogos, são cidadãos e têm o dever de questionar os saberes que aprendem, no entanto, isso não tira a responsabilidade dos professores (LE MOIGNE, 2010b).

A complexidade é concebida como uma reforma profunda de pensamento, de posição epistemológica e métodos educativos. Tratar da questão de aprender e ensinar não se restringe apenas a aprender e a ensinar o que foi passado, mas envolve, sim, a descoberta do futuro que está em construção e que diz respeito à totalidade das atividades existentes (ARDOINO, 2010).

Não existe ainda uma formação específica com propriedades de objetos e métodos para tratamento das dificuldades para o domínio da complexidade. É a *práxis* do Pensamento Complexo que constituirá a escola desejada. A educação para a cidadania exige que o professor, além de ensinar os saberes disciplinares, precisa

dispor de curiosidades e de competências éticas, epistemológicas, políticas cada vez mais sólidas, em função das missões que lhe são confiadas pela sociedade e devido aos desafios constituídos pelas contradições e pelos antagonismos experimentados hoje por nosso universo (ARDOINO, 2010, p. 558).

Os desafios da complexidade estão em toda parte. Para adquirir um conhecimento pertinente, é preciso deixar de lado o conhecimento segmentado, voltado a um único objeto com finalidade de manipulá-lo, passando a reunir, contextualizar, globalizar os saberes, fato que era inviável no pensamento clássico (MORIN, 2010b).

Cada vez mais se percebe a necessidade da transdisciplinaridade, pois as disciplinas, em geral, se fecham e não se comunicam umas com as outras, deixando os fenômenos fragmentados. A transdisciplinaridade torna-se um desafio, pois cada disciplina quer primeiramente seu reconhecimento e, em segundo plano, fazer pequenas trocas com as demais (MORIN, 2010c).

Sustentado nesse tipo de interação é que se desenvolveu o conhecimento científico, que é incapaz de resolver diversas situações por excluir o sujeito das relações com o objeto. O retorno do sujeito na relação é fundamental, pois todos

estão inseridos em uma cultura e em uma sociedade e todas as observações, por mais objetivas que sejam, terão sempre um componente subjetivo (MORIN, 2010c).

É preciso que o Pensamento Complexo seja capaz ao mesmo tempo de separar e associar. É preciso ir do físico ao social e antropológico. Todos os conhecimentos, sejam eles físicos ou biológicos, precisam estar inseridos no seio da humanidade, criando a possibilidade de comunicação entre as ciências, gerando a ciência transdisciplinar (MORIN, 2010c).

Diante do exposto, o Pensamento Complexo, segundo Edgar Morin, é o referencial adotado para esta pesquisa por demonstrar a necessidade de romper com o paradigma científico dominante, que separa objetividade de subjetividade.

Ao pensar a formação dos profissionais de saúde, as IES devem romper com o paradigma dominante, que prevê uma formação majoritariamente hospitalocêntrica, que enfatiza o uso de recursos tecnológicos, e se abrir para novos espaços de cuidado e atuação dos profissionais, como o domicílio, por exemplo, que é uma área de atuação em expansão e requer profissionais de saúde conscientes de suas especificidades.

Assim, é necessário o rompimento do pensamento redutor que, na área da saúde, muitas vezes, considera o ambiente hospitalar como único local de cuidado, desconsiderando que a continuidade de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação ocorre no domicílio, o que exige articular e religar as diferentes áreas de atuação, conforme sugere o Pensamento Complexo.

Ademais, o enfoque superespecializado das ações hospitalares não deve ser tão fechado e restrito aos especialistas de determinada área e possibilitar a atuação interdisciplinar ao realizar o CD, pois, em geral, as necessidades de pacientes e familiares atendidos no domicílio não são sanadas por um único profissional, mas por uma equipe multiprofissional de saúde que deve atuar de forma interdisciplinar.

O diálogo entre os profissionais precisa acontecer para que o CD seja resolutivo e aconteça de forma integral, pois aqueles que atuam de forma isolada não conseguem contextualizar o cuidado e valorizar as ações de colegas da equipe, fato que pode repercutir de forma negativa no cuidado prestado.

Portanto, justifica-se a escolha do Pensamento Complexo como referencial teórico desta tese, pois seus pressupostos coadunam com as necessidades de formação dos profissionais de saúde, em especial, aqueles que atuarão no CD. Desta forma, pretende-se desenvolver uma tese que contribua para a formação

profissional em saúde e não seja uma tese de doutorado estéril por se fechar inteiramente a um objeto e pesquisá-lo exaustivamente sem compreender suas inter-relações (MORIN, 2010a).

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Estudo de abordagem qualitativa que utiliza como método a *Grounded Theory* (GT), também denominada Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

As pesquisas qualitativas buscam uma compreensão mais rica, abrangente e contextual sobre fenômenos pouco compreendidos, procurando aumentar a consciência e o diálogo sobre esse fenômeno. Nesse sentido, procuram ser mais flexíveis e elásticas, sendo capazes de se adequar ao que é descoberto na coleta de dados; utilizam diferentes estratégias para a coleta de dados; buscam a compreensão do todo; e exigem intenso envolvimento dos pesquisadores e análise contínua dos dados (POLIT; BECK, 2011).

### 4.1 DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

Para Strauss e Corbin (2008, p. 29), uma teoria é “um conjunto de conceitos bem desenvolvidos relacionados por meio de declarações de relações que, juntas, constituem uma estrutura integrada que pode ser usada para explicar ou prever fenômenos”. Trata-se de “uma interpretação racional, densa, articulada e sistemática, capaz de dar conta da realidade estudada” (TAROZZI, 2011, p. 19).

O termo TFD quer dizer que a teoria

foi derivada de dados sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa. Neste método, coleta de dados, análise e eventual teoria mantêm uma relação próxima entre si. [...] Teorias fundamentadas, por serem baseadas em dados, tendem a oferecer melhor discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para ação (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.25).

Nesse sentido, a TFD “tem a ambição de produzir uma teoria complexa e articulada”, fato característico nas ciências sociais contemporâneas, que consideram original a produção de teorias interpretativas de fenômenos estudados, diferentemente de outros tipos de pesquisas, que tem como objetivo principal testar hipóteses (TAROZZI, 2011, p. 19).

Ademais, a TFD “busca descrever e compreender os processos psicológicos e estruturais-chave, ocorridos em um cenário social”. Seu método procura gerar uma teoria conceitualmente profunda com padrões e relações que têm por objetivo desenvolver a conceituação de um fenômeno baseado em observações reais (POLIT; BECK, 2011, p.109).

Na TFD, os pesquisadores geram categorias conceituais emergentes com suas propriedades e integram-nas, formando uma teoria substantiva fundamentada em dados (POLIT; BECK, 2011).

A construção de teorias é relevante por ocasionar um desenvolvimento do campo de conhecimento, e não ser apenas um conjunto de resultados (STRAUSS; CORBIN, 2008). Ao adotar a TFD como método, o pesquisador conduzirá, controlará e organizará sua coleta de dados, além de construir uma análise original para eles (CHARMAZ, 2009).

Ressalta-se que a sistematicidade do método é capaz de explicar fenômenos por meio de enunciados sistematicamente organizados e assim fornecer previsões sobre esses fenômenos (TAROZZI, 2011).

Assim, nessa pesquisa, o intuito é desenvolver uma teoria substantiva sobre o ensinar e aprender do CD nos cursos de graduação em enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional, que são os seis cursos que compõem o Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Por ser um método interpretativista e ter raízes no Interacionismo Simbólico, a TFD objetiva interpretar a realidade com base na percepção ou significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa (DANTAS *et al.*, 2009). No entanto, Glaser (2005) ressalta que o Interacionismo Simbólico não é necessário para legitimar a TFD como método, sendo um erro dizer que ele é o alicerce da TFD, quando, na verdade, é uma perspectiva sensibilizadora. Assim, é possível a adoção da perspectiva teórica adequada aos dados (POLIT; BECK, 2011). Nesse sentido, a perspectiva teórica adotada nessa pesquisa é o Pensamento Complexo, que se relaciona intimamente com o objeto de estudo, que é a formação de profissionais da saúde em CD.

Destaca-se que coleta e análise de dados e a formação dos grupos amostrais dos participantes ocorrem simultaneamente, o que possibilita a **comparação constante** dos dados que já existem com os dados novos que vão sendo acrescentados, tornando possível perceber aspectos comuns ou variações. Esse

processo também é chamado de **circularidade dos dados**. Com o decorrer da coleta de dados, a investigação foca-se nas preocupações teóricas emergentes (POLIT; BECK, 2011).

A comparação constante é um processo contínuo, sendo considerado “o coração” da TFD. O confronto constante entre os dados, as categorias e as propriedades das categorias prepara o pesquisador para o uso da intuição, que é o que conduz à teoria, que é capaz de ligar conceitos distantes, produzir inferências e gerar novos conhecimentos em um plano conceitual mais elevado (TAROZZI, 2011, p. 24).

A simultaneidade entre a coleta e análise dos dados é considerada “um dos traços mais difíceis” da TFD, pois são operações mentais distintas. São indispensáveis retornos periódicos aos dados iniciais para que de fato se construa uma elaboração conceitual e não apenas descritiva (TAROZZI, 2011, p. 24).

Na interpretação do fenômeno, utiliza-se o processo indutivo-dedutivo, pois, ao analisar os dados, o pesquisador faz interpretações, que é uma forma de dedução, e ao surgirem novos questionamentos, o pesquisador induz novas perguntas com intuito de elucidar o fenômeno em estudo. Esse processo **indutivo-dedutivo** é constante, e com o desenvolvimento da sensibilidade teórica, o pesquisador pode retornar aos dados e recodificá-los à luz de novas informações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A **sensibilidade teórica** é aplicada pelo pesquisador no decorrer do processo de pesquisa. Com essa sensibilidade, o pesquisador é capaz de discernir fatos e dar sentido a eles, pois consegue ver além do óbvio e, assim, visualizar o novo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Outras características como amostragem teórica, saturação teórica, elaboração de notas teóricas, metodológicas e diagramas serão discutidas mais adiante.

## 4.2 AMOSTRAGEM TEÓRICA

Na TFD, a **amostragem teórica** se desenvolve durante o processo de coleta e análise de dados e é baseada nos conceitos que surgirem e que sejam significativos para a teoria evolutiva (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A definição da amostragem teórica inclui decisões sobre que dados serão coletados e onde será possível encontrá-los para desenvolver a teoria de modo adequado. Assim, os grupos de participantes não são predeterminados no início da pesquisa, mas são definidos de acordo com sua relevância para o desenvolvimento das categorias emergentes após início da pesquisa, com intuito de descobrir as categorias e suas propriedades com novas visões sobre as inter-relações que ocorrem até a conclusão da teoria (POLIT; BECK, 2011).

A amostragem teórica não está relacionada ao número de participantes em relação a uma população, mas como uma extensão progressiva no decorrer da análise, que depende das características dos participantes e de como a construção teórica é conduzida. Forma-se no decorrer da pesquisa, seguindo as lacunas da teoria emergente (TAROZZI, 2011).

Para que isso ocorra, utiliza-se a comparação constante dos dados, mencionada anteriormente. Portanto, a segunda entrevista só é realizada e analisada após a análise da primeira e, assim, sucessivamente, ocorrendo esse processo durante toda a pesquisa. Fato necessário para que o pesquisador possa decidir quais dados ainda necessitam ser coletados e assim perceber quem serão seus próximos sujeitos a fim de propiciar a descoberta de conceitos e hipóteses que levam ao aprofundamento do tema em estudo e à consequente construção da teoria (KIMURA; TSUNECHIRO; ANGELO, 2003; TAROZZI, 2011).

A amostragem teórica é, portanto, cumulativa, pois os dados novos edificam e acrescentam algo à coleta e à análise dos dados anteriores, tornando-a cada vez mais específica, direcionando o pesquisador à teoria evolutiva (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O pesquisador decide quais informações são necessárias ou que ainda faltam e onde poderá encontrá-las, direcionando seus questionamentos durante a coleta de dados para assim aumentar as oportunidades de descobrir variações entre conceitos, tornar as categorias mais densas e melhorar a compreensão de diferentes aspectos relacionados ao fenômeno (NICO *et al.*, 2007).

Esta etapa é encerrada quando se atinge a **saturação teórica**, que é a saturação das categorias, momento em que a coleta de novos dados não revela novas propriedades nas categorias já existentes e não desperta novos *insights* teóricos no pesquisador, que são pensamentos, reflexões, ou ideias que possam surgir (CHARMAZ, 2009; POLIT; BECK, 2011).

Portanto, a amostragem teórica está relacionada à sensibilidade teórica do pesquisador em reconhecer conceitos nos dados e perceber se já chegou à saturação teórica ou se ainda são necessárias novas amostras (STRAUSS; CORBIN, 2008).

De forma geral, a amostragem teórica evolui da seguinte forma: inicialmente, o pesquisador tem uma noção de que participantes irão participar, sendo escolhidos por conveniência ou por indicação; pode-se utilizar uma variação máxima de participantes para compreender a abrangência e a complexidade do fenômeno; posteriormente, a amostragem ajusta-se de modo contínuo até que se alcance a saturação das categorias realmente fundamentais para a teoria; e finaliza-se com casos confirmatórios ou não confirmatórios para testar, refinar e fortalecer a teoria (POLIT; BECK, 2011).

Destaca-se que diferentes grupos amostrais, com múltiplos representantes, que apresentem características e práticas diferenciadas, permitem uma variação nos conceitos e visualização de novas perspectivas ao fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008). Assim, para alcançar os objetivos propostos e de acordo com o método adotado que incentiva a diversidade na amostragem teórica, foram entrevistados três grupos amostrais.

O primeiro grupo foi composto por 37 acadêmicos que cursavam o último ano da graduação dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional da UFPR, conforme explicitado no Quadro 4. Optou-se pelos discentes do último período do curso pela maior probabilidade de terem vivenciado o tema abordado em algum momento, no transcorrer da graduação.

<b>Curso</b>	<b>Número de discentes</b>	<b>Tempo total de gravação</b>
Enfermagem	08	05 horas (300min.)
Farmácia	08	02 horas e 29 minutos (149min.)
Medicina	06	02 horas e 15 minutos (135min.)
Nutrição	05	03 horas e 30 minutos (210min.)
Odontologia	05	01 hora e 31 minutos (91min.)
Terapia Ocupacional	05	01 hora e 49 minutos (109min.)
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>16 horas e 34 minutos (994 min.)</b>

QUADRO 4 – RELAÇÃO DE PARTICIPANTES E TEMPO DE GRAVAÇÃO DO PRIMEIRO GRUPO AMOSTRAL

FONTE: A autora (2014).



Percebeu-se após a coleta e análise dessas 37 entrevistas que, embora, ainda existisse um grande número de estudantes do último ano dos seis cursos para serem entrevistados, que a saturação teórica tinha sido alcançada, momento em que dados novos não estavam sendo acrescentados e que as lacunas estavam bem definidas indicando a necessidade de investigar um novo grupo para obter outros dados e assim enriquecer as categorias existentes.

Foram constatadas nesse momento as hipóteses de que o direcionamento dos discentes para a formação técnica pode não permitir a visualização de particularidades do CD e de sua inserção no sistema de saúde; e que os discentes podem esquecer de aspectos relevantes da formação profissional para o CD por não simpatizarem com essa área ou por não vislumbrarem o CD como um possível campo de atuação. Tais hipóteses contribuíram para a busca de novos dados no segundo grupo amostral, que foi composto por 16 docentes e está explicitado no Quadro 5.

<b>Curso</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Tempo total de gravação</b>
Enfermagem	05	04 horas e 06 minutos (246min.)
Farmácia	02	01 hora e 18 minutos (78min.)
Medicina	02	01 hora e 22 minutos (82min.)
Nutrição	02	01 hora e 50 minutos (110min.)
Odontologia	02	01 hora e 01 minuto (61min.)
Terapia Ocupacional	03	02 horas e 23 minutos (143min.)
<b>TOTAL</b>	16	12 horas (720min.)

QUADRO 5 – RELAÇÃO DE PARTICIPANTES E TEMPO DE GRAVAÇÃO DO SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL

FONTE: A autora (2014).

Assim, o segundo grupo amostral foi composto por docentes de áreas relacionadas ao CD nos seis cursos, pois os docentes são sujeitos ativos e fundamentais nesse processo de ensinar e aprender o CD nos cursos de graduação em saúde.

Os docentes foram escolhidos por indicação dos discentes que participaram da pesquisa e que, no momento da entrevista, mencionaram professores que abordaram conteúdos referentes ao CD em sala de aula ou estágio, ou ainda, pela leitura da pesquisadora do plano de ensino de algumas disciplinas e identificação de

que o CD era abordado de alguma forma, em determinada disciplina, por determinado professor.

Após coleta e análise simultânea dos dados dos dois primeiros grupos amostrais (discentes e docentes), percebeu-se a necessidade de novos dados diante de hiatos ainda existentes. Assim, o acréscimo de mais um grupo amostral formado por egressos dos seis cursos traria mais contribuições para a interpretação do fenômeno de ensinar e aprender o CD nos cursos de graduação em saúde.

Foram constatadas nesse momento as hipóteses de que a formação profissional para atuação no CD pode deixar lacunas que serão refletidas na prática profissional; e que os egressos têm sugestões para melhoria do processo formação profissional para atuação no CD. Tais hipóteses contribuíram para a busca de novos dados no terceiro grupo amostral, composto por 10 egressos dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional da UFPR, que atuavam no CD, seja na iniciativa pública ou privada conforme explicitado no Quadro 6.

Os egressos participantes dessa pesquisa foram selecionados por indicação de docentes, discentes ou funcionários dos seis cursos estudados ou pelo conhecimento da pesquisadora de que determinados egressos já atuavam no CD.

<b>Curso</b>	<b>Número de egressos</b>	<b>Tempo total de gravação</b>
Enfermagem	02	01 hora e 46 minutos (106min.)
Farmácia	01	36 minutos (36min.)
Medicina	02	01 hora e 20 minutos (80min.)
Nutrição	01	01 hora e 04 minutos (64min.)
Odontologia	01	37 minutos (37min.)
Terapia Ocupacional	03	02 horas e 44 minutos (164min.)
<b>TOTAL</b>	10	08 horas e 07 minutos (487min.)

QUADRO 6 – RELAÇÃO DE PARTICIPANTES E TEMPO DE GRAVAÇÃO DO TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL

FONTE: A autora (2014).

O Quadro 7 mostra o número de participantes da pesquisa, segundo a área de atuação a que pertencem.

<b>Curso</b>	<b>Nº. de discentes</b>	<b>Nº. de docentes</b>	<b>Nº. de egressos</b>	<b>Total</b>	<b>Tempo total de gravação</b>
Enfermagem	08	05	02	15	10 horas e 52 minutos (652min.)
Farmácia	08	02	01	11	04 horas e 23 minutos (263min.)
Medicina	06	02	02	10	04 horas e 57 minutos (297min.)
Nutrição	05	02	01	08	06 horas e 24 minutos (384min.)
Odontologia	05	02	01	08	03 horas e 09 minutos (189min.)
Terapia Ocupacional	05	03	03	11	06 horas e 56 minutos (416min.)
<b>TOTAL</b>				<b>63</b>	<b>36 horas e 41 minutos (2201min.)</b>

QUADRO 7 – RELAÇÃO TOTAL DE PARTICIPANTES E TEMPO DE GRAVAÇÃO  
 FONTE: A autora (2014).

#### 4.3 LOCAL DA PESQUISA

O primeiro contato com os sujeitos do primeiro e segundo grupos amostrais aconteceu nas dependências da UFPR, e a entrevista foi realizada em local escolhido pelo sujeito: sua residência, local de estágio (hospitais e unidades de saúde) e salas de aula ou bibliotecas da universidade.

O terceiro grupo amostral foi composto por egressos, assim o primeiro contato aconteceu via telefone ou e-mail em decorrência da indicação de acadêmicos, docentes ou funcionários da Universidade, que sabiam sobre egressos que estavam atuando no CD ou por meio do contato que a pesquisadora possuía dos egressos. A entrevista foi realizada em local escolhido pelo sujeito: sua residência, local de trabalho (clínicas e unidades de saúde) e dependências da universidade.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Após definição do problema de pesquisa e do primeiro grupo amostral, inicia-se a coleta de dados, e a partir dela surgem os códigos extraídos dos discursos dos participantes. Comumente, na TFD, são utilizadas entrevistas e observações para coleta de dados, porém documentos e outras fontes de dados também podem ser utilizados (POLIT; BECK, 2011). Para alcance dos objetivos e coleta das informações deste estudo, escolheu-se a entrevista semiestruturada, que foi gravada, transcrita e analisada.

Nas entrevistas semiestruturadas, o pesquisador utiliza um roteiro que serve como um guia para garantir que questões importantes sejam abordadas. Assim, o pesquisador deverá encorajar o participante a falar sobre os tópicos listados (POLIT; BECK, 2011). A flexibilidade do referencial metodológico utilizado permitiu que as perguntas fossem alteradas, caso surgissem novos questionamentos no decorrer das entrevistas.

Na TFD, a entrevista é uma conversação que explora em profundidade um determinado tema, procurando trazer à tona o significado que o participante dá àquele fenômeno. Assim, é preciso evitar perguntas superficiais que não fazem emergir a experiência dos participantes, bem como perguntas que forcem e induzem as respostas, sobrepondo-se à experiência dos participantes (TAROZZI, 2011).

Portanto, planejar as entrevistas é fundamental na TFD para que possam ser formuladas perguntas abertas e flexíveis que sejam significativas e evitem forçar as respostas, sendo fundamental ao pesquisador manter atitude reflexiva, adequando-se à linguagem de quem responde e capacidade de escuta, que precisa ser atenta, empática, conservando sempre o interesse na fala do participante (TAROZZI, 2011).

Com intuito de explorar melhor a realidade investigada para alcançar o máximo de informações, as perguntas, seu foco ou a forma de questionamento podem ser modificados (DANTAS *et al.*, 2009), pois aderir rigidamente ao traçado inicial durante toda a pesquisa prejudica a descoberta porque limita a quantidade e os tipos de dados que podem ser coletados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Durante a fase de coleta de dados, há uma ampliação da amostragem teórica e início do trabalho de codificação com a escolha das primeiras categorias relevantes, com o retorno ao campo para coleta de novos dados, com reflexão analítica sobre esses dados até a delimitação da teoria (TAROZZI, 2011).

Para realizar a entrevista semiestruturada, foi elaborado um roteiro de perguntas iniciais para o primeiro grupo amostral (APÊNDICE A), que passava por reformulações a cada novo sujeito entrevistado, sendo que as perguntas versavam sobre o processo de ensinar e aprender o CD, com destaque para as experiências vivenciadas nessa área durante a graduação. A sequência das perguntas e a inserção de novos questionamentos foram sendo construídas com base na análise dos dados.

São as categorias emergentes que definem que tipos de dados devem ser coletados, porém o pesquisador deve estar ciente das informações que precisa coletar para não perder o foco do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados, os códigos são agrupados por similaridades, de modo a formar as categorias, que são a base para a construção de uma teoria (ALLAN, 2003). Os dados são coletados e analisados concomitantemente (DANTAS *et al.*, 2009).

Segundo Strauss e Corbin (2008), a análise dos dados consiste em três fases: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Essas três fases são interdependentes e “o cumprimento de uma não necessariamente implica impedimento de retornar à primeira, uma vez que o movimento é circular” (DANTAS *et al.*, 2009, p. 576).

##### 4.5.1 Codificação aberta

Após a transcrição da entrevista, ocorre a descoberta de categorias, a chamada **codificação aberta**, em que a análise é realizada linha por linha, e os dados são separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades ou diferenças. A partir daí, surgem as categorias, que são conceitos derivados dos dados, que representam os fenômenos (STRAUSS; CORBIN, 2008; POLIT; BECK, 2011). O Quadro 8 exemplifica esse processo.

Componente de análise	Códigos substantivos	Categoria
“O domicílio é onde acontece pelo menos metade da vida de uma pessoa. Além de ser estruturalmente uma casa, é o seu refúgio, é onde você encontra seus familiares, onde você encontra seus membros, que podem ser familiares ou não, são pessoas que provavelmente te amam, é onde está a vida da pessoa, onde ela tem as relações interpessoais, é onde ela entra não só para comer, mas pra chorar, brigar, é o lugar onde aquela	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerando que pelo menos metade da vida de uma pessoa acontece no domicílio.</li> <li>- Considerando o domicílio algo além da estrutura de uma casa.</li> <li>- Considerando o domicílio refúgio da pessoa.</li> <li>- Encontrando familiares no domicílio.</li> <li>- Encontrando membros da família que podem ou não ter laços</li> </ul>	Compreendendo as características do CD

<p>peessoa revela quem ela é”.</p>	<p>consanguíneos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encontrando pessoas no domicílio que provavelmente te amam.</li> <li>- Sendo o domicílio o local onde está a vida da pessoa.</li> <li>- Estabelecendo relações interpessoais no domicílio.</li> <li>- Sendo o domicílio o local onde a pessoa come, chora e briga.</li> <li>- Sendo o domicílio o local onde a pessoa revela quem ela é.</li> </ul>	
------------------------------------	--	--

QUADRO 8 – MODELO DE CATEGORIZAÇÃO

FONTE: A autora (2014).

Os códigos que emergem são chamados de códigos substantivos, por seu conteúdo representar, na maioria das vezes, a expressão utilizada pelos próprios sujeitos. Com base no processo de codificação, os códigos semelhantes são agrupados, dando origem às categorias, e, uma vez identificadas, torna-se mais fácil recordá-las, pensar sobre elas e desenvolvê-las em termos de suas propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Destaca-se que a transcrição e a codificação de quase 37 horas de entrevistas resultaram em um material de aproximadamente 650 páginas em letra arial 12 e espaçamento 1,5 de códigos substantivos.

Nesse processo de criação dos códigos, são utilizados verbos no gerúndio, pois eles induzem à reflexão sobre as ações e promovem sensibilidade teórica ao incitar que o pesquisador deixe de refletir sobre tópicos estáticos. Ao utilizar, por exemplo, o gerúndio “descrevendo” e não a forma substantiva “descrição”, obtém-se um forte senso de ação e de sequência, o que facilita a identificação de conexões entre os dados (CHARMAZ, 2009).

No decorrer da codificação e do processo de análise dos dados, surgem ideias ao pesquisador que são denominadas de **memorandos**, ou apenas **memos**. O memorando refere-se a um tipo muito especializado de registros escritos, que contêm os produtos da análise ou as direções para o pesquisador. Eles são fundamentais no processo de construção da teoria, e sua elaboração começa no início da pesquisa e segue durante todo o processo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os memorandos são ideias sobre dados, temas e esquemas conceituais, que preservam as ideias iniciais que não pareciam produtivas, mas que, posteriormente, podem ser tornar valiosas quando aperfeiçoadas, possibilitando a reflexão sobre os dados, as relações entre categorias e as conceituações emergentes (POLIT; BECK, 2011).

Os memos apresentam-se nas várias fases do processo de pesquisa, desde as reflexões sobre a escolha da amostragem teórica até a condução da entrevista. São considerados espaços de análise sobre questões chave da pesquisa, passagens críticas e sobre as perguntas feitas aos dados e às categorias (TAROZZI, 2011).

As **notas metodológicas** guiam todo processo de coleta das informações, e as **notas teóricas** auxiliam na elaboração dos conceitos e categorias que fundamentam o modelo teórico proposto (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os Quadros 9 e 10 exemplificam, respectivamente, modelos de notas metodológicas e teóricas.

Notas metodológicas – Entrevista F.01		
1. Perguntar quais docentes ministraram conteúdos referentes ao CD durante a graduação.	2. Solicitar o contato desses docentes com a coordenação do curso.	3. Agendar entrevista com um desses docentes.

QUADRO 9 – MODELO DE NOTA METODOLÓGICA

FONTE: A autora (2014).

Nota teórica – Entrevista E.05	
<b>Códigos</b>	Achando que o contexto não deveria interferir na atuação do enfermeiro
	Achando que o contexto não deveria interferir na atuação dos demais profissionais
	Tendo o mesmo objetivo no domicílio e no hospital
	Sendo o cuidado o objetivo no domicílio e no hospital
<p><b>Nota Teórica:</b> Os acadêmicos podem apresentar uma visão reducionista do CD ao desconsiderarem a importância do contexto na realização do CD e relatarem que o cuidado é o objetivo a ser alcançado no ambiente hospitalar e no ambiente domiciliar, pois o contexto é significativo e interfere de forma positiva ou negativa na atuação da equipe de saúde, na interação entre paciente, familiares e profissionais, bem como na evolução do paciente. O contexto domiciliar é um dos diferenciais do CD e deve ser considerado no momento do cuidado que, embora seja o objetivo das ações no hospital e no domicílio, pode ser ampliado ao cuidador e aos familiares quando se está no domicílio, bem como pode ser desenvolvido de acordo com as reais necessidades do paciente e da realidade encontrada no ambiente.</p>	

QUADRO 10 – MODELO DE NOTA TEÓRICA

FONTE: A autora (2014).

Ademais, existem os **diagramas**, que são memorandos visuais e não escritos. Eles se constituem em mecanismos importantes no processo de construção da TFD, pois mostram as relações entre os conceitos e ajudam o pesquisador a entender e visualizar melhor como o fenômeno acontece. Nas fases iniciais do estudo, não há muitos dados para diagramar, pois as relações entre os

conceitos ainda não surgiram. Com a progressão da análise, surgem relações que conduzem à construção dos diagramas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os diagramas são um válido instrumento para analisar o trabalho por permitirem a representação de cada categoria no sistema, além de auxiliar na identificação da categoria central (TAROZZI, 2011).

#### 4.5.2 Codificação axial

Após a codificação aberta, tem-se a **codificação axial**, na qual se inicia o processo de reagrupamento dos dados divididos durante a codificação aberta. Nessa fase, as categorias são relacionadas às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos, sendo necessário um exaustivo trabalho de leitura e releitura das entrevistas, comparando-se todos os códigos um a um, para garantir que eles estavam classificados de maneira correta (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As categorias precisam ser integradas com objetivo de reunir os dados e elaborar conexões entre as categorias e subcategorias. Trata-se de um processo de reagrupamento das informações que se relacionam com o intuito de gerar explicações mais elaboradas e densas sobre o fenômeno. Destaca-se que as codificações aberta e axial não são sequenciais, elas ocorrem simultaneamente (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Essa etapa se faz necessária em razão do grande número de conceitos originados na fase anterior. Na codificação axial, os conceitos são analisados e reorganizados para extrair uma ideia central e suas subordinações. Pode ser necessário retornar ao campo para aumentar os elementos de análise, ou retornar ao conjunto de elementos iniciais e fazer nova busca de dados, utilizando-se do processo dedutivo-indutivo, pois se deduzem codificações e se inicia novamente a busca para validá-las ou não (BIANCHI; IKEDA, [20--]), conforme detalhado anteriormente.

Os dados são confrontados com intuito de encontrar evidências que confirmem ou refutem as questões do pesquisador e isso ocorre com a reorganização das categorias, existindo muitas vezes a necessidade de se proceder



a uma nova coleta de dados para responder a questões que emergem da análise comparativa (REINERS, 1998).

Nessa fase, o pesquisador procura respostas para suas questões com as perguntas por quê, de que forma, onde, quando, como e com quais resultados, com o intuito de descobrir relações entre as categorias. Ao responder a essas perguntas, o pesquisador relaciona estrutura com processo. A estrutura relaciona-se às circunstâncias em que o fenômeno está situado, e o processo está relacionado à ação e interação entre pessoas, organizações e comunidades, em resposta a certos problemas e questões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As relações entre categorias podem ser muito sutis, e quando isso ocorre, é necessário utilizar um esquema para classificar e organizar as conexões. Para Strauss e Corbin (2008), um desses esquemas organizacionais é o modelo de paradigma, que é uma perspectiva assumida em relação aos dados, é um ponto de vista analítico que ajuda a reunir e ordenar os dados para que a estrutura e o processo sejam integrados.

Os componentes básicos do modelo de paradigma são: **condições** (causal, contextual e interveniente), que pertencem à estrutura, ou seja, ao conjunto de circunstâncias, na qual o fenômeno é incorporado; **estratégias**, que se referem às respostas estratégicas para as condições; e, por fim, as **consequências**, que são os resultados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As **condições causais** representam os fatos ou acontecimentos que influenciam o fenômeno e são o motivo que o desencadeiam. As **condições intervenientes** alteram o impacto das condições causais nos fenômenos e são aquelas que intervêm de forma a dar significados ao fenômeno. As **condições contextuais** são um conjunto de circunstâncias às quais as pessoas respondem por meio de ações/interações e que dão base para o desenvolvimento do fenômeno. As **ações estratégicas** são atos praticados para resolver um problema, funcionam como possibilidades para o desenvolvimento do fenômeno. As **consequências** representam os resultados (STRAUSS; CORBIN, 2008). O Quadro 11 explicita as categorias que compõem cada um desses componentes no fenômeno “A vivência em ensinar e aprender o CD nos cursos de graduação em saúde”.

<b>Categorias</b>	<b>Componentes do paradigma</b>
Articulando conhecimentos sobre o CD	Causa
Vivenciando a singularidade do CD	Estratégia
Compreendendo as características multidimensionais do CD	Condição Interveniente
Transformando o pensamento sobre a formação profissional em CD	Consequência
Compreendendo o CD no sistema de saúde	Contexto

QUADRO 11 – CATEGORIAS DO FENÔMENO “A VIVÊNCIA EM ENSINAR E APRENDER O CD NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE”

FONTE: A autora (2014).

#### 4.5.3 Codificação seletiva

A última etapa consiste na **codificação seletiva**, que é o processo de integração e de refinamento da teoria. Nessa etapa, as categorias são organizadas em torno de um conceito explanatório central. A integração das categorias ocorre desde os primeiros passos da análise até a redação final (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nessa fase, surge a categoria central, aquela que constitui o elo entre as demais categorias e que deverá revelar a essência e a magnitude da experiência vivenciada, levando à construção da teoria explicativa do fenômeno estudado (PETTENGILL; RIBEIRO, 2006). A categoria central é um componente importante na TFD por se tratar de uma variável nuclear, isto é, central, para a explicação do fenômeno (POLIT; BECK, 2011).

A categoria central pode ser originária das categorias existentes, ou da elaboração de uma frase abstrata que retrate a totalidade do fenômeno, sob a qual todas as outras categorias podem ser agrupadas. A criação desta frase abstrata se faz necessária quando nenhuma das categorias representa o fenômeno no todo, embora cada uma delas seja fundamental por representar uma parte do fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Essa é a fase mais abstrata, o momento em que o processo chega ao final, porque não há nenhum dado novo que deva ser acrescentado à análise e categorização, porque ocorre a saturação teórica (BIANCHI; IKEDA, [20--]).

Na codificação seletiva, ocorre a validação da teoria, que representa a interpretação abstrata dos dados brutos, portanto, a validação determina se essa abstração está adequada aos dados. Para que a validação ocorra, a teoria pode ser

apresentada aos participantes da pesquisa, que devem reconhecê-la (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A teoria elaborada a partir da interpretação do fenômeno foi apresentada e validada no Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE) da UFPR, por meio de uma explanação da pesquisadora, utilizando *slides* de *power point* que continham informações relevantes na elaboração da teoria e o diagrama final que apresentava a categoria central e suas inter-relações com as demais categorias. Participaram da validação três docentes, três mestrandas e quatro doutorandas.

Optou-se pela validação da teoria no grupo de pesquisa NEPECHE pelo fato de que três dos dez participantes da validação terem sido sujeitos de pesquisa, e os demais integrantes possuírem experiência na área do CD e/ou no método utilizado, isto é, a TFD.

Durante a explanação da pesquisadora, os integrantes do grupo fizeram diversos comentários reafirmando as relações encontradas no fenômeno. A cada categoria apresentada, os integrantes do grupo traziam exemplos relacionados, e as discussões geradas culminavam na apresentação da próxima categoria, o que reafirmava as relações existentes em todo fenômeno.

Uma das integrantes do grupo, que não foi participante da pesquisa, destacou que, embora não tivesse sido entrevistada, ela se reconhecia nas relações existentes, pois ela havia vivenciado o fenômeno durante sua formação.

Os participantes comentaram também que o diagrama final explicitava o fenômeno de forma interativa com o leitor.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o Registro CEP/SD: 631.168.08.10 e CAAE: 0062.0.091.000-08 (ANEXO). A participação dos sujeitos ocorreu de forma voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

## 5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Nessa fase, serão apresentadas as categorias, subcategorias e componentes que compõem o fenômeno “A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde”, conforme demonstrado no Quadro 12. Serão explicitados os dados que emergiram após minuciosa e concomitante coleta e análise dos dados advindos das entrevistas realizadas com os participantes do estudo. Serão utilizadas algumas falas dos participantes como forma de exemplificação. Destaca-se, no entanto, que todo o texto da apresentação dos dados foi elaborado a partir da vivência dos sujeitos.

Categorias	Subcategorias	
Articulando conhecimentos sobre o CD (causa)	Justapondo conteúdos multidisciplinares de CD	<b>Componentes da subcategoria</b>
		Tendo conteúdo teórico de CD
		Realizando estágio em CD
		Recebendo orientações antes de ir ao domicílio
		Desenvolvendo atividades acadêmicas
		Participando de discussões sobre o CD
	Experienciando atividades extracurriculares referentes ao CD	
	Obtendo formação em CD após a graduação	
Vivenciando a singularidade do CD (estratégia)	Percebendo o contexto	<b>Componentes da subcategoria</b>
		Observando aspectos estruturais do domicílio
		Percebendo as condições do paciente e suas necessidades de cuidado
		Identificando a dinâmica familiar
	Cuidando pluralmente	Diagnosticando a situação
		Atuando no domicílio
		Educando em saúde
Compreendendo as características multidimensionais do CD (condição interveniente)		Cuidando do cuidador
		Elucidando diferenças entre o CD e o cuidado institucional
		Adentrando o espaço íntimo do paciente
		Percebendo a presença do cuidador e da família
Compreendendo o CD no sistema de saúde (contexto)		Interagindo com redes sociais de apoio
		Percebendo como o CD se insere no sistema de saúde
Transformando o pensamento sobre a formação profissional em CD (consequência)		Dialogando multiprofissionalmente sobre o CD
		Relacionando os atributos necessários para o CD
		Identificando maneiras para se preparar para o CD
		Diversificando a formação em CD

QUADRO 12 - CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES DO FENÔMENO “A VIVÊNCIA EM ENSINAR E APRENDER O CUIDADO DOMICILIAR NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE”  
FONTE: A autora (2014).

## 5.1 ARTICULANDO CONHECIMENTOS SOBRE O CD

A categoria “Articulando conhecimentos sobre o CD” é formada por três subcategorias, tendo uma delas cinco componentes, conforme explicitado no Diagrama 1.



DIAGRAMA 1 - CATEGORIA “ARTICULANDO CONHECIMENTOS SOBRE O CD” E SUAS SUBCATEGORIAS

Nessa categoria, explicita-se que os conhecimentos referentes ao CD são construídos por diferentes disciplinas que compõem a grade curricular dos seis cursos estudados, por atividades extracurriculares ofertadas nos cursos que permitem a aproximação e o desenvolvimento dos conhecimentos na área e pela possibilidade de lapidar o que foi aprendido em CD após a formação por meio de pós-graduação em saúde da família.

### 5.1.1 Justapondo conteúdos multidisciplinares de CD

A categoria “Justapondo conteúdos multidisciplinares de CD” mostra que o processo de ensinar e aprender o CD não ocorre em apenas uma disciplina, ele permeia diferentes disciplinas, sendo que algumas abordam apenas questões teóricas do CD e outras conseguem associar questões teóricas e práticas do

cuidado que é realizado no domicílio. Destaca-se que as diferentes disciplinas compõem a grade curricular obrigatória dos cursos.

#### 5.1.1.1 Tendo conteúdo teórico de CD

O ensino do CD ocorre de maneira multidisciplinar e não por meio de uma disciplina ou carga horária específica sobre o assunto. Neste aspecto, destacam-se as seguintes disciplinas: Estágio Supervisionado I, Assistência de Enfermagem I, Saúde Coletiva, Atenção Farmacêutica I e II, Prática de Ambulatório Geral, Atenção à Saúde Integral II, Dietoterapia, Avaliação Nutricional, Odontologia Social e Preventiva II, Atividades de Vida Diária e Instrumental de Vida Diária; Processo de Avaliação e Intervenção em Terapia Ocupacional; Terapia Ocupacional Aplicada à Saúde Coletiva; Terapia Ocupacional Aplicada à Geriatria e Gerontologia; Terapia Ocupacional Aplicada; Terapia Ocupacional Aplicada à Neurologia; Processo de Terapia Ocupacional; Diversidades e Contextos; Ética. Em algumas disciplinas, o aprofundamento em CD é maior, em outras, esse assunto é tratado de forma elementar.

A totalidade dessas disciplinas não é específica para o ensino do CD, no entanto, em virtude dos assuntos que as compõem, faz-se necessária a inserção do CD nas suas ementas ou minimamente aborda-se essa área de atuação durante a explanação de outros assuntos relacionados.

A disciplina de Atenção Farmacêutica tem como função ensinar o aluno como fazer a Atenção Farmacêutica, por exemplo, na farmácia, nos hospitais, domiciliarmente para as pessoas. Ela está focada [...] no uso racional dos medicamentos, numa farmacoterapia melhorada visando à qualidade de vida do paciente. (Participante do Curso de Farmácia)

Durante as aulas teóricas, são abordadas as bases do CD, a começar pela definição dos conceitos de atenção domiciliar, cuidado domiciliar, visita domiciliar e internamento domiciliar, pois se constata grande confusão entre esses termos. De uma forma geral, os estudantes e até profissionais resumem o CD à visita domiciliar, sendo que ela é apenas uma das modalidades que o compõem.

São discutidos também assuntos referentes à questão do cuidador; das relações familiares; questões éticas; contexto domiciliar; legislação em CD; redes

sociais de apoio; abordagem no domicílio; realidade e valores de cada paciente e familiares; questões culturais e específicas de cada domicílio; uso racional dos medicamentos visando à qualidade de vida do paciente e familiares; possibilidade de atuação no âmbito domiciliar dos profissionais inseridos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); construção das políticas públicas de saúde até a chegada do SUS e a inserção da ESF e o CD como um item da ESF; atuação multiprofissional na ESF; ferramentas como genograma, árvore genealógica, ciclo de vida; dieta enteral domiciliar; interfaces dos atendimentos ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

[...] em saúde pública, a gente vivenciou mais isso de visita domiciliar [...] citavam como que você tinha que chegar na casa, acompanhar o paciente, ver todos os dados do paciente [...] em dietoterapia era mais, por exemplo, um paciente que está com dieta enteral, como que a gente cuida desse paciente, como você pode ensinar para fazer uma dieta artesanal em casa, como fazer avaliação do paciente no próprio domicílio e acompanhamento dele também. (Participante do Curso de Nutrição)

Ademais, são trabalhadas as etapas da visita domiciliar, o seu preparo antes de executá-la, suas vantagens e importância, sendo reforçado que ela é uma estratégia para compreensão do processo saúde-doença, assim, os acadêmicos, juntamente com o docente, criam o guia da visita e os objetivos a serem alcançados naquele domicílio.

Os objetivos da entrevista e o guia que vai pautar a entrevista é construído pelo aluno junto com o professor. Não se parte de um modelo [...]. Na segunda visita, já existe um guia construído a partir da observação da realidade dessa família. (Participante do Curso de Medicina)

Percebe-se que inúmeros assuntos são abordados nas disciplinas, pois o CD tem muitas particularidades que são diferentes das questões técnicas específicas de cada profissão, portanto, são aspectos a serem trabalhados para que a formação profissional de fato contemple o CD.

Ressalta-se que o CD é um tema multidisciplinar capaz de permear inúmeras disciplinas que abordam os mais variados assuntos nos seis diferentes cursos, mostrando sua importância e a necessidade do seu ensino.

Os conteúdos são ministrados predominantemente por meio de aulas expositivas dialogadas, que utilizam slides e permitem aos acadêmicos trazer experiências vividas em CD para as aulas teóricas.

[...] é preciso ver as experiências anteriores que os acadêmicos trazem [...], pois às vezes eles têm uma história de terem feito visita ou tiveram casos na própria família de familiares com problemas de saúde que precisaram ser atendidas no domicílio. (Participante do Curso de Enfermagem)

Entre as estratégias metodológicas utilizadas, cita-se a técnica chamada *role playing*, em que um dos estudantes simula que é um paciente num determinado caso, e os demais tentam atendê-lo passando todas as informações. Após, o docente realiza um *feedback*, mencionando pontos positivos da conversa e sugestões de melhoria.

A gente fez uma técnica que se chama *role playing* [...] um dos alunos simula que é um paciente num determinado caso, e a gente tenta atender o paciente na hora, [...] com o livro na mão ali para dar uma olhada se precisar, vai tentar conversar com ele, passar todas as informações, e depois o professor dá um *feedback*, vai acompanhando e dá um *feedback* para ver o que poderia ter sido falado, se esqueceu de falar determinada coisa. (Participante do Curso de Farmácia)

Outras estratégias metodológicas utilizadas são: a problematização, porém com dificuldades de realização quando a disciplina é apenas teórica; projeto terapêutico singular para elaboração de estudos de caso; roda de conversa; exercícios de raciocínio clínico; seminários sobre a participação da família no cuidado, contexto domiciliar, redes sociais de apoio e ainda utilização de modelos assistenciais e referenciais da Saúde Coletiva.

Nós temos trabalhado com uma técnica, [...] que é a técnica da problematização. É uma metodologia na verdade. [...] eu não tenho como fazer metodologia de problematização em sala de aula, porque a gente trabalha sobre a discussão do problema a partir de uma realidade concreta. Nós temos momentos em sala de aula? É claro que temos, é necessária uma discussão técnica, é necessária uma discussão teórica, são necessárias algumas reflexões. Não há como você ir em campo sem você minimamente amadurecer algumas coisas técnicas, informação teórica. [...] Porque nessa técnica, nessa metodologia da problematização, uma vez que você entra em contato com uma realidade, você tenta levantar alguns problemas para tentar entender o porquê daquela complexidade, [...] tentar fazer uma intervenção naquele local. Não há como discutir isso em sala de aula, eu não consigo criar uma fantasia, nem que eu quisesse. Além de ser absolutamente desvirtuada, eu não conseguiria fazer isso. (Participante do Curso de Medicina)

Tem a roda de conversa, que é uma metodologia [...] que ajuda principalmente quando [...] parece que o professor está querendo colocar o saber dele como superior, então [...] a roda de conversa ajuda a ficar uma coisa mais horizontal e que todo mundo aprende. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)



A sala foi dividida em grupos para fazer um seminário, então teve um grupo [...] que falou sobre a participação da família no cuidado, outro falou sobre redes de apoio, o meu foi sobre contexto domiciliar no CD, então, além das aulas havia esses seminários que ajudaram bastante. Foi muito bom, [...] havia uma banca que dava uma nota, então eles tinham que ler esse trabalho antes e no dia dar uma nota, além da nota da professora, os alunos também tinham que dar essa nota, então, os seminários foram muito bons. (Participante do Curso de Enfermagem)

Os estudos de caso são realizados a partir de situações reais vivenciadas no CD ou solicita-se aos acadêmicos que simulem um caso de um paciente que necessita de CD e a partir disso realizem as intervenções necessárias, que serão discutidas com o docente e demais colegas.

O uso de diferentes metodologias permite maior possibilidade de aprendizagem dos acadêmicos se comparadas aos métodos tradicionais de ensino. Há também a utilização de material de apoio como textos e livros que abordam questões relacionadas ao CD, e em alguns casos, recorre-se à produção científica de outros cursos em decorrência da insuficiência de material próprio do curso sobre CD.

O cuidado domiciliar ou a visita domiciliar é algo novo na odontologia, inclusive, buscamos embasamento teórico na literatura da enfermagem. (Participante do Curso de Odontologia)

Há atividades teórico-práticas em que os acadêmicos experienciam situações de CD em laboratório. Nesse ambiente simulado, são treinadas diferentes situações que podem ocorrer no domicílio e possíveis adaptações que podem ser realizadas na residência.

A gente tem uma cozinha adaptada, tem [...] banheiro adaptado, para que a gente possa realmente treinar diante de diferentes *déficits* ou situações clínicas. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

Em virtude do conteúdo de CD ser trabalhado juntamente com outros assuntos em diferentes disciplinas, os participantes não souberam precisar a carga horária destinada ao ensino do CD.

### 5.1.1.2 Realizando estágio em CD

Após as aulas teóricas, é realizado estágio na área de CD, que pode ser tanto em unidades básicas de saúde, como em unidade com ESF. A prática permite aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos na teoria, para tanto, os acadêmicos precisam estar nos domicílios para desenvolver o cuidado, sendo instigados a relacionar a realidade encontrada com os conhecimentos teóricos construídos.

A prática ajuda bastante [...] mas claro que necessita da teoria, pois como que eu ia chegar lá na prática sem teoria, eu acho que conseguimos fazer esse *link*, foi bem solicitado da gente a correlação prática com a teoria durante o estágio. (Participante do Curso de Enfermagem)

Quando vão para o campo de estágio, primeiramente se dirigem à unidade de saúde para conversar com os profissionais de saúde para definir que pacientes e familiares receberão os cuidados no domicílio e também para preparo dos insumos necessários para a realização do CD.

[...] nós buscamos os pacientes que mais precisam do CD, que eles tenham essa necessidade de acompanhamento de um profissional no domicílio e também a aceitação da família para nossa inserção. (Participante do Curso de Enfermagem)

Os acadêmicos realizam o CD e desenvolvem diferentes ações com paciente e família. As tarefas são referentes à saúde da mulher, à saúde do adulto, à saúde mental, à saúde da criança, enfim, diferentes situações que possam ser encontradas naquele domicílio.

Eles (acadêmicos) ficam vinculados a uma família, naquele semestre eles têm um conjunto de tarefas a serem feitas junto àquela família. Da mesma forma que todos passam por uma aula teórica, [...] da mesma forma que todos passam pelo ambulatório da unidade de saúde, todos passam pelo cuidado domiciliar. Todos. O grau de envolvimento, [...] é muito variável. Tem aquele aluno que é apaixonado pela tarefa, tem aquele aluno que é protocolar, mas está dentro da proposta da ementa da disciplina que todos têm que passar pelo cuidado domiciliar. (Participante do Curso de Medicina)

Muitas vezes, é dado enfoque às questões referentes à disciplina que estão cursando como saúde da mulher ou saúde da criança, por exemplo, esquecendo-se dos aspectos específicos do CD, que deve considerar o contexto, o cuidador, a família e as interações que estabelecem. Nesse sentido, cabe aos docentes

ressaltar essas nuances, pois os acadêmicos se preocupam demasiadamente com as questões clínicas a que estão habituados.

De maneira geral, o CD é realizado por acadêmicos acompanhados por um Agente Comunitário de Saúde (ACS) e um profissional da mesma área de conhecimento do estudante.

Cada disciplina tem uma organização própria, assim, o CD pode ser realizado em diferentes dias da semana, no período matutino ou vespertino, diariamente ou com intervalo entre os dias de estágio.

Três dias da semana nós acompanhávamos um paciente e dois dias da semana acompanhávamos outro, então, na semana, acompanhávamos só dois pacientes porque eu não consigo fazer o CD em uma visita só. Para tentar mostrar para o aluno que no CD a gente precisa ter um acompanhamento para entender esse contexto domiciliar, as relações familiares, a dinâmica familiar. (Participante do Curso de Enfermagem)

Ressalta-se a importância em retornar ao mesmo domicílio, pois a criação de vínculo com paciente e familiares não ocorre no primeiro contato, mas com o tempo.

[...] porque em um primeiro contato dificilmente eles (pacientes) deixam você entrar no domicílio e conversar sobre a família. Você está chegando na casa do outro, para entrar na casa do paciente tem que criar vínculo. (Participante do Curso de Odontologia)

Durante o estágio, é necessário retomar conteúdos discutidos nas aulas teóricas para que se façam associações entre teoria e prática, com eliminações de dúvidas, pois muitas vezes os acadêmicos sentem dificuldades em realizar o CD, sendo necessárias explicações dos docentes sobre situações encontradas e a maneira correta de agir.

[...] nas aulas, ela (docente) mostra algumas fotos do domicílio e no estágio fazíamos essa relação: lembra aquilo que a professora falou? Olha só como que é? (Participante do Curso de Enfermagem)

Constata-se que realizar o estágio em CD é valioso ao permitir a aproximação com a realidade da pessoa que será cuidada e de seus familiares e a possibilidade de vivenciar as questões comentadas em sala de aula.

### 5.1.1.3 Recebendo orientações antes de ir ao domicílio

Para desenvolverem o CD, antes de adentrarem os domicílios, os acadêmicos recebem diversas orientações em relação à vestimenta e sapatos adequados para atuar nesse espaço de cuidado, bem como uso do jaleco, pois o domicílio se torna um campo de estágio. Assim, o acadêmico deverá estar ciente de que o CD tem um propósito e não é meramente uma visita social, a qual permite o uso de outros tipos de roupas. Recomenda-se que evitem o uso de adereços e acessórios para facilitar a realização do cuidado.

[...] tinha a questão de roupa [...] se aparecesse alguma coisa da barriga [...] não ia para o atendimento, se duvidasse, descontava até nota [...] era bem rigorosa essa questão de como a gente se apresentava na casa das pessoas [...] você está lá representando uma instituição. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

São orientados que, embora o domicílio seja de domínio do paciente, ele é um local de trabalho para os profissionais, sendo necessárias vestimentas adequadas e o respeito ao contido na Norma Regulamentadora nº. 32, do Ministério do Trabalho e Emprego.

Discutem anteriormente às visitas o caso do paciente, os objetivos do atendimento, quais ações podem ser realizadas para que tais objetivos sejam alcançados, levando em consideração a realidade do local e tecnologias acessíveis ao paciente, bem como refletem sobre equipamentos e insumos que possam ser utilizados naquela situação.

No começo do estágio, discutíamos o que nós íamos fazer, o que tínhamos que levar de materiais e também eram discutidos artigos, toda manhã era discutido um artigo selecionado que era entregue para leitura na semana anterior. (Participante do Curso de Enfermagem)

A gente discute todo o processo de avaliação e de intervenção, discute sobre os recursos disponíveis para atuar na Atenção Básica. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

São repassadas informações sobre o território a que o domicílio pertence, sobre como ele é e que será solicitada aquiescência da família para entrada dos acadêmicos no seu interior. Menciona-se o funcionamento da unidade de saúde, o atendimento a todas as pessoas presentes no domicílio e a percepção do contexto domiciliar, respeitando a dinâmica da casa.

Comentamos sobre a residência onde a pessoa mora, a dinâmica familiar, a estrutura familiar, as condições de moradia, o próprio território onde essa pessoa mora com determinantes sociais do processo saúde-doença dentro desse território [...] determinantes produtores de vida e aqueles que ameaçam a vida, ou seja, as coisas capazes de promover a saúde e as coisas capazes de desenvolver a doença, elas estão presentes no contexto familiar desde a dinâmica familiar, até a questão da condição de moradia, a questão econômica, tudo isso está fortemente presente. Quando você tem um paciente hospitalizado, você exclui essas variáveis ou esses determinantes. (Participante do Curso de Medicina)

A entrada no domicílio deve ser realizada de maneira educada, com respeito aos valores e culturas presentes naquele local, portanto, são orientados a ser cordiais com as pessoas residentes no domicílio, a explicar o motivo da visita, a observar as condições de moradia e a fazer as anotações necessárias sem causar embaraços à família.

Ele (acadêmico) tem que se apresentar bem àquela família, tem que ser cordial, tem que ser gentil, ele tem que explicar por que ele está na casa, no domicílio. Ele (acadêmico) precisa saber que tem que ser acessível, que ele não pode demonstrar reações de surpresa, desaprovação, não pode mostrar reações que causem constrangimento para aquela família, ele tem que ter respeito àquela família, àquela casa, àquela moradia, ele tem que observar as condições de moradia, fazer anotações, mas sem que isso cause constrangimento [...] (Participante do Curso de Odontologia)

Orienta-se que as estratégias de cuidado a serem adotadas precisam estar de acordo com a realidade do paciente, portanto, são orientados a observar o cuidador, a estrutura do domicílio e as necessidades da família.

São orientados a respeitar o livre arbítrio do paciente e familiares, que poderão fazer suas escolhas de acordo com seus valores culturais, crenças, costumes. Assim, escutar dúvidas de pacientes e familiares, explicar o procedimento que será realizado e a conduta a ser seguida são ações que devem ser realizadas sem imposição das orientações e dos ideais do profissional.

Eram fornecidas muitas orientações antes de entrarem no domicílio, principalmente no sentido de não chegar lá e querer impor algumas orientações ideais. Era reforçada muito essa questão, porque nós estávamos entrando no contexto do outro, não estávamos no nosso ambiente de trabalho. (Participante do Curso de Enfermagem)

Todas essas orientações são necessárias, pois o domicílio é um campo de estágio diferente daquele em que o acadêmico está acostumado a desenvolver sua prática. Assim, ao chegarem ao domicílio, podem se deparar com situações

inusitadas de estrutura, relações e cuidados que, se não orientados previamente, podem levar a reações de constrangimento dos pacientes, familiares e profissionais.

#### 5.1.1.4 Desenvolvendo atividades acadêmicas

Diferentes atividades acadêmicas são realizadas no processo de ensinar e aprender o CD, como, por exemplo, a leitura de artigos referentes ao cuidado ao cuidador, à atuação e à autonomia profissional no CD, aos familiares e ao contexto domiciliar e, por meio das discussões posteriores à leitura, relaciona-se a teoria com a realidade encontrada na prática.

Havia artigos que eram enviados toda semana para leitura e discussão antes da visita. Tinha um artigo sobre autonomia, sobre a questão de facilitar horários. (Participante do Curso de Enfermagem)

São realizados estudos de caso, que são desenvolvidos com pacientes que receberam cuidados em domicílio. Nesses estudos, são abordados o histórico, a patologia, os diagnósticos e os atendimentos realizados ao paciente. As informações consideradas relevantes são documentadas e discutidas com base em artigos e livros, como as questões específicas de cuidado para cada paciente, as redes de apoio que podem ser utilizadas e o cuidado ao cuidador. Quando necessário, elaboram cartilhas educativas.

[...] o professor dava um caso e [...] em cima daquele caso, tínhamos que traçar um plano de intervenção da terapia ocupacional no domicílio. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

Em algumas situações, desenvolvem um trabalho de diagnóstico situacional da realidade encontrada por meio de visitas domiciliares, sendo o intuito da atividade entrevistar famílias que frequentam a unidade de saúde para saber como é o atendimento prestado e posteriormente desenvolver um plano de ação para um ponto crítico da comunidade. O trabalho não se restringe às ações realizadas no domicílio, mas se relaciona com toda a realidade da comunidade. Na apresentação desses trabalhos, há muita discussão sobre o que foi observado e vivenciado durante o estágio.

[...] a gente chegou a andar pela comunidade [...] chegou a fazer umas visitas para conversar com as famílias [...] estava tentando buscar conhecer a realidade [...] porque a gente tinha que desenvolver uma proposta, mudança, um plano de ação de um ponto crítico que a gente achava. Saía pela comunidade, conversava com os profissionais, com a população, com os ACS. (Participante do Curso de Nutrição)

Há construção de um roteiro que os estudantes aplicam em uma família escolhida e a partir disso utilizam as ferramentas do SUS. Tenta-se visitar mais de uma vez a mesma família a fim de estabelecer vínculo e resolver as situações encontradas, bem como é solicitado ao acadêmico que entreviste e examine todas as pessoas presentes no domicílio no momento em que realizam o CD.

Quando eles (acadêmicos) escolhem a família, aplicam um roteiro. No início não se tinha roteiro nenhum e ficávamos procurando na literatura qual seria o roteiro ideal, porém não está pronto, e para a odontologia muito menos. Então, ao longo da disciplina, construímos um com a experiência deles (acadêmicos) e a cada vez vamos modificando. (Participante do Curso de Odontologia)

Há casos em que no primeiro dia de estágio, o estudante apenas observa a intervenção do docente. A partir do segundo dia de estágio, quem realiza as intervenções é o acadêmico com o apoio do docente, sendo solicitado um relatório de cada atendimento realizado.

Essas atividades acadêmicas possibilitam a vivência em CD e o aprimoramento do processo de ensinar e aprender com a aproximação da realidade encontrada nos domicílios e posterior discussão dos futuros profissionais.

#### 5.1.1.5 Participando de discussões sobre o CD

Antes ou após realizar o CD, os acadêmicos discutem a realidade encontrada no domicílio; o caso clínico; a rotina do paciente e da família; as atividades desenvolvidas e o que pode ser feito diante daquelas situações; o uso da ferramenta escolhida; auxílios recebidos pela família; dinâmica familiar; resultados obtidos do cuidado prestado; empecilhos para autonomia do paciente; políticas públicas de saúde; questões éticas; incluindo também, aspectos que o acadêmico deve aprimorar.

Você discute qual é a diferença de acompanhar um paciente diabético no seu contexto. Qual é a diferença disto? Você pode estar num ambulatório de endocrinologia aonde vem um paciente diabético, mas os alunos reconhecem que estar no domicílio, estar defronte não a um paciente diabético, mas estar defronte do seu Pedro, que é diabético, da dona Joana, que é a esposa, que é analfabeta, e não consegue identificar os medicamentos. E aí eles percebem toda uma complexidade que cerca o concreto, que cerca o seu Pedro e não apenas o concreto de um paciente diabético. (Participante do Curso de Medicina)

As discussões contribuem para a ação, pois a partir delas é possível intervir de maneira adequada, identificar peculiaridades da região em que se está fazendo estágio, costumes dos seus habitantes e assim compreender por que as situações são vivenciadas de determinadas formas.

Nem sempre as discussões ocorrem imediatamente após a realização do CD, mas ao final do semestre em sala de aula ou com apresentação de um trabalho aos profissionais da unidade de saúde.

O intuito das discussões é refletir sobre a experiência de estar no domicílio do paciente, a realização de intervenções no ambiente do outro, as influências a que o paciente está exposto ao receber cuidados no domicílio, a atuação desenvolvida como futuro profissional. As discussões têm o intuito de agregar o conhecimento teórico ao conhecimento adquirido na prática, bem como permitir troca de experiências.

[...] um momento de supervisão que antecede essa prática em que nós iremos discutir esse contexto, nós iremos discutir esse território, tentar entender que objetivo nós temos, qual é o nosso papel ali e fazer uma reflexão com esses alunos, que ações ele poderia desenvolver para atingir esses objetivos. Após essa discussão [...] o aluno prepara as atividades, prepara a intervenção e vai a essa casa para o atendimento domiciliar. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

Esses momentos de discussão são preciosos para a formação do futuro profissional, pois neles ocorre a articulação do conhecimento científico da profissão com as singularidades de cada domicílio visitado, permitindo um olhar diferenciado para o cuidado realizado no domicílio das pessoas.



### 5.1.2 Experienciando atividades extracurriculares referentes ao CD

Alguns acadêmicos têm a oportunidade de se aproximar do CD em circunstâncias distintas da carga horária da graduação. A inserção em pesquisas desenvolvidas pelos grupos de pesquisa pode permitir ao acadêmico realizar visitas domiciliares a determinada clientela de pacientes, como hipertensos, por exemplo.

Eu fazia parte de um grupo de pesquisa e íamos sempre à casa dos pacientes para fazer entrevista, para fazer orientação, aferir dados vitais, tudo que influenciava na nossa pesquisa. Desde muito cedo na graduação, eu tive que aprender como me portar na casa do paciente, relevar algumas coisas, saber que cada domicílio é um domicílio, cada paciente é um paciente. (Participante do Curso de Enfermagem)

Estágios extracurriculares em CD permitem a aproximação com a área. O acadêmico, ao cuidar no domicílio, começa a desenvolver habilidades na abordagem do paciente e seus familiares, na realização de cuidados no ambiente privado do paciente e na percepção de particularidades desse espaço de cuidado.

Nas semanas acadêmicas dos cursos, podem ocorrer palestras e cursos relacionados ao cuidado realizado no domicílio, como, por exemplo, acompanhamento domiciliar a pacientes com insuficiência renal.

Durante o período de internato, existe a possibilidade dos acadêmicos optarem por realizar diferentes atividades e uma delas é a participação em um curso de medicina de família e comunidade em uma instituição privada de ensino superior.

Trata-se de um curso aberto a estudantes de outras instituições com duração de cinco semanas. Nesse curso, realizam visitas domiciliares e aprendem como realizar atendimentos domiciliares com apoio de médicos especialistas, há sempre a presença de um preceptor nas unidades de saúde. Utilizam como recurso didático um livro de medicina e família, realizam revisão de artigos para posteriores discussões de casos clínicos.

Durante os dois últimos anos do curso, a gente tem uma possibilidade de fazer cursos fora, aí eu escolhi fazer [...] um treinamento com médicos de família, dentro de uma especialização própria [...] lá eu tive orientação do que tem que fazer na visita domiciliar, como é que você faz com as medicações, o que você tem que organizar, o que você tem que levar para visita. (Participante do Curso de Medicina)

Há também uma disciplina optativa que possibilita o CD em diferentes domicílios, porém apenas determinado grupo de acadêmicos desfruta desse aprendizado. Na carga horária teórica da disciplina, não estão contemplados aspectos do CD, no entanto, é possível a realização de visitas domiciliares em diferentes domicílios, sendo a maioria dos pacientes atendidos diabéticos e hipertensos. Também realizam as visitas domiciliares para fazer busca ativa de pacientes faltosos nos programas da unidade de saúde ou que estão atrasados na realização de exame preventivo de câncer de colo do útero.

Eu fiz uma matéria optativa em que eu fiz algumas visitas domiciliares [...] fizemos algumas palestras de nutrição para as ACS, para a população [...] e foi trabalhado qual seria o papel da nutrição com a população, na realidade da população. (Participante do Curso de Nutrição)

Durante essas visitas, havia o acompanhamento da docente da disciplina, e os acadêmicos puderam perceber a atuação de outros profissionais, pois houve situações em que o paciente precisou de cuidados de enfermagem e em seguida do atendimento realizado pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Além da disciplina optativa, os acadêmicos podem realizar o CD por meio das atividades do programa Pet-Saúde que, em diversas situações, são desenvolvidas no domicílio. Com o Pet-Saúde, é possível um melhor acompanhamento e avaliação das famílias que estão recebendo o CD.

Outra possibilidade de atuação no domicílio é por meio de projeto de extensão criado para o atendimento domiciliar de pacientes que estavam em terapia nutricional enteral e recebiam alta do Hospital de Clínicas. Assim, entre as atividades a serem realizadas no domicílio, citam-se a avaliação do paciente, adaptação da dieta à realidade e às necessidades do paciente e o ensino para ele e seus familiares do preparo da nutrição enteral artesanal.

Eles (acadêmicos) saem (do projeto de nutrição enteral) bem apaixonados, eles gostam muito, eles entendem o atendimento domiciliar como um atendimento diferenciado, mais humano, que necessita da aplicação do conhecimento teórico de várias áreas da nutrição, ali agrega várias técnicas da nutrição, de conhecimento mais específico. (Participante do Curso de Nutrição)

Antes da ida aos domicílios, os acadêmicos participantes do projeto de extensão devem participar de uma oficina de preparação que utiliza um roteiro a partir do qual conduzirão as atividades no domicílio com possíveis dificuldades a serem encontradas, apontando a necessidade de observação do domicílio. Procura-se a integração de diferentes áreas da nutrição como a higiene, a saúde pública e tecnologia com intuito de promover uma visão mais ampliada que mostra que diferentes áreas se relacionam quando se atua no domicílio.

Há também o projeto de *personal diet*, que consiste na ida dos acadêmicos ao domicílio para fornecer dicas nutricionais e de preparo dos alimentos após visualizarem os itens presentes na geladeira e armário das pessoas. Algumas vezes, esses acadêmicos podem ir ao supermercado para orientar a compra adequada de alimentos.

Tem o projeto *Personal Diet* [...] em que você vai a um domicílio fazer uma visita [...] vê a geladeira da pessoa, dá dicas. (Participante do Curso de Nutrição)

Ademais, há um projeto no Vale do Ribeira em que os estudantes realizam avaliação antropométrica dos moradores da região, tentam promover a segurança alimentar e nutricional, realizam orientações alimentares com intuito de reduzir a mortalidade infantil, utilizam formulários para identificar dados referentes à frequência alimentar, percebem que alimentos a família consome, realizam oficinas com as mulheres e crianças sobre aproveitamento integral dos alimentos.

As atividades extracurriculares relacionadas com o CD permitem maior aproximação dos acadêmicos com essa área de atuação, no entanto, nem todos os cursos oferecem algum tipo de atividade extracurricular em CD, ou quando oferecem, contemplam reduzido número de estudantes, sendo necessário aumento de projetos e de vagas destinadas às atividades que relacionem a prática profissional dos estudantes desses seis cursos com as necessidades de cuidado no domicílio.

### 5.1.3 Obtendo formação em CD após a graduação

Os egressos podem aproximar-se do CD após a graduação por meio da especialização em saúde da família. Nela, são orientados pela preceptoria sobre o funcionamento geral da unidade de saúde e sobre como encontrar referenciais para auxiliar na atuação no domicílio.

Há unidades de saúde que recebem investimentos das IES, assim, o especializando se depara com uma realidade muitas vezes diferente do sistema de saúde, encontrando condições próximas ao ideal. Ressalta-se que a formação deve contemplar tanto as situações ideais como as situações reais do sistema de saúde, com intuito de promover ao especializando a formação em diferentes contextos.

É muito organizada (unidade de saúde) porque não depende só dos recursos do SUS, a universidade investiu muito nessas unidades [...] que eram lugares especiais [...] são ilhas de coisas boas [...] não é a realidade do sistema. (Participante do Curso de Medicina)

Embora o foco dessa especialização não seja o CD, é possível realizar visitas domiciliares semanalmente e assim desenvolver o CD. Os especializando acompanham os outros profissionais da unidade, sendo orientados a observar o maior número de pacientes possível para entender a dinâmica familiar, porém a dinâmica do trabalho muitas vezes recomenda o inverso, que se atenda apenas o paciente para que um número maior de domicílios possa ser visitado.

Esse é um paradoxo enfrentado pelos profissionais de saúde, que, muitas vezes, são formados para prestar um cuidado de forma humanizada, que contemple a integralidade do paciente e seus familiares, no entanto, as metas a serem alcançadas nos serviços de saúde inviabilizam esse tipo de cuidado.

[...] (durante a formação) o ideal era que a gente visse o máximo possível de pacientes da casa, para tentar entender a dinâmica familiar. Na unidade em que eu trabalhava era cobrado que não, que a gente tava indo lá pra ver um paciente e não para ver os outros [...] (Participante do Curso de Medicina)

Nas unidades de saúde com ESF, as visitas domiciliares são realizadas, normalmente, pelo médico, enfermeiro ou técnico em enfermagem e pelo ACS. Assim, os especializando acompanham esses profissionais e desempenham atividades como a realização de anamnese, exame físico, diagnóstico, tratamento,

curativos e orientações. Os profissionais presentes no domicílio discutem as condutas a serem realizadas.

Há dias em que especializandos de diferentes cursos como enfermagem, farmácia, medicina e nutrição acompanham as visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde, fato que possibilita uma percepção multiprofissional das questões presentes no domicílio e a possibilidade de atuação interdisciplinar.

[...] geralmente tinha residente de medicina, tinha residente de nutrição que ia junto fazer a visita, discutíamos [...] ali na casa, algum tratamento, alguma conduta [...] tinha a residente de farmácia, que também ia junto e fazia orientação de fármaco vigilância. (Participante do Curso de Enfermagem)

A especialização em saúde da família permite uma aproximação com o CD, por meio de visitas domiciliares na ESF, mas não tem o CD como objetivo principal. Assim, algumas especificidades do CD podem não ser visualizadas, o que exigirá dos profissionais maior aprofundamento teórico para completar sua formação.

No entanto, os egressos consideram que essa experiência em CD na especialização em saúde da família é riquíssima e proporciona grande crescimento pessoal e profissional.

Na residência [...] eu aprendi bastante na prática como profissional [...] no começo da residência nós estávamos em duas enfermeiras residentes, então discutíamos o cuidado domiciliar, visitas [...] (Participante do Curso de Enfermagem)

A formação após a graduação é um caminho que os egressos percorrem quando pretendem atuar no CD, no entanto, a especialização em saúde da família não é específica para o CD, o que pode gerar lacunas na formação dos profissionais.

## 5.2 VIVENCIANDO A SINGULARIDADE DO CUIDADO DOMICILIAR

A categoria “Vivenciando a singularidade do CD” é formada por duas subcategorias, sendo que a subcategoria “Percebendo o contexto” tem três componentes e a subcategoria “Cuidando pluralmente”, quatro componentes, conforme explicitado no Diagrama 2.

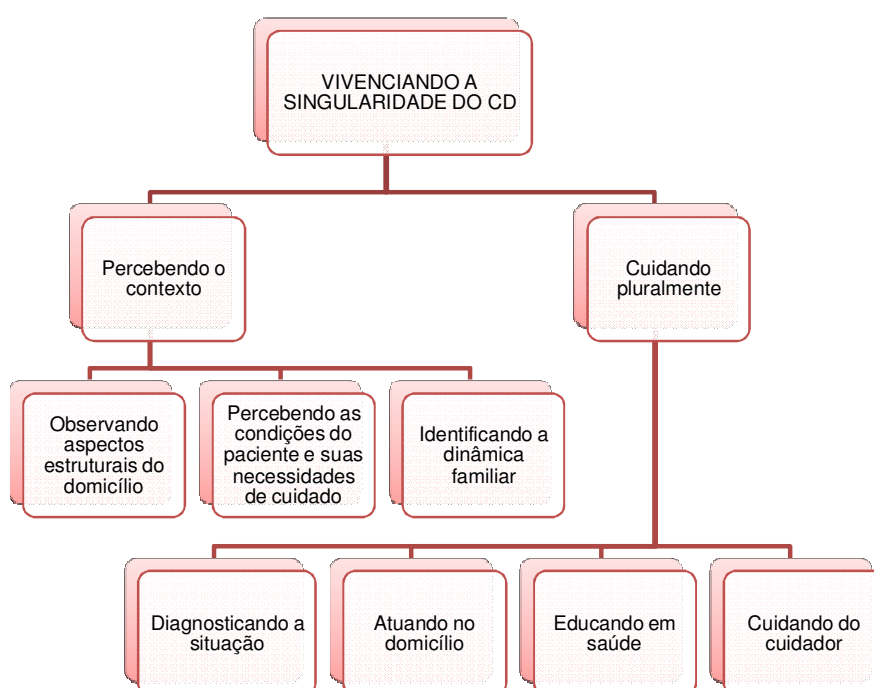


DIAGRAMA 2 - CATEGORIA “VIVENCIANDO A SINGULARIDADE DO CD” E SUAS SUBCATEGORIAS

Nessa categoria, são explicitadas as questões singulares encontradas no contexto domiciliar e que podem ser percebidas por meio da observação de quem realiza o CD. Aspectos estruturais do domicílio, condições de saúde do paciente, necessidades de cuidado e dinâmica familiar são questões únicas de cada domicílio e devem ser observadas para que o cuidado ocorra de forma plural, ou seja, considerando as múltiplas características que as pessoas têm, com diversas necessidades de ordem biológica, psicológica, espiritual ou social e com diferentes formas de aceitação do CD.

### 5.2.1 Percebendo o contexto

A subcategoria “Percebendo o contexto” explicita a diversidade de aspectos a serem observados quando se atua no domicílio, como questões referentes a casa, recursos humanos e materiais para realização do cuidado, relações familiares, entre outras. A possibilidade de visualizar aspectos que não estão presentes no contexto institucional permite um olhar ampliado em relação às necessidades do paciente,

cuidador e família, direcionando o cuidado de acordo com a realidade do paciente, fato que evita um cuidado pontual, focado apenas em determinado agravo e contribui para a compreensão das subjetividades que vão além das questões biológicas apresentadas, referindo-se a sentimentos e espiritualidade, por exemplo.

#### 5.2.1.1 Observando aspectos estruturais do domicílio

Ao realizar o CD, devem ser observados os aspectos estruturais internos e externos da residência, que incluem o tipo de material utilizado na sua construção, estado de conservação da residência, pintura, presença de ventilação e luminosidade, disposição e tamanho dos cômodos. A obtenção dessas informações permite a visualização de dificuldades ou potencialidades que o paciente, familiares e cuidador podem ter no desenvolvimento das ações que darão continuidade ao cuidado.

Domicílios com cômodos pequenos, excesso de móveis ou presença de degraus podem dificultar a locomoção do paciente dentro da residência e o cuidado realizado. Alternativas devem ser buscadas para minimizar prejuízos e evitar sentimentos ambíguos que o paciente pode ter por estar limitado a um cômodo da casa, por exemplo.

O número de cômodos e de moradores é uma questão a ser observada quando se realiza o CD, pois quando o número de cômodos é reduzido e há muitos moradores na casa a privacidade do paciente no momento do cuidado, bem como dos demais residentes do domicílio pode ser prejudicada. Ademais, o espaço destinado ao cuidado pode não ser adequado.

A presença de saneamento básico, água encanada e energia elétrica é fundamental em um domicílio para manter condições mínimas de higiene e saúde, no entanto, observa-se que muitas residências não dispõem de todos ou de pelo menos algum desses aspectos, fato que prejudica a evolução positiva do CD. Em muitos domicílios, não há eletrodomésticos como geladeira e fogão.

No domicílio, você vai enxergar condições de higiene ambiental, você vai enxergar saneamento, se aquela família tem água tratada. (Participante do Curso de Nutrição)

Domicílios com animal de estimação precisam de local adequado para moradia deles, com adequadas condições de higiene, evitando prejuízos ao cuidado realizado ao paciente e familiares e oportunizando momentos agradáveis de carinho e descontração com os animais.

Existem famílias que possuem recursos para manter o domicílio limpo e organizado, porém seus residentes não o fazem, assim, é fundamental observar as questões de limpeza e organização da moradia, de vestimentas e higiene pessoal do paciente e familiares.

Tem a vantagem que você está na própria casa do sujeito, que você está ali na realidade, vendo como as coisas são, inserido numa rotina, então tudo isso fica muito mais claro, mas também tem toda uma questão de limitações dependendo do trabalho que você vai desenvolver. Aí entra de novo a questão do espaço físico, do material, é o ambiente do sujeito, então ali não é um ambiente terapêutico, você tem que lidar com as regras dessa casa, tenta trabalhar com tudo isso junto. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

A observação das particularidades citadas permite perceber a condição socioeconômica da família, pois dela dependem as ações que podem ser desenvolvidas ao paciente. Com base nessas observações, é possível identificar as condições em que o paciente vive para realizar orientações pertinentes àquele contexto.

#### 5.2.1.2 Percebendo as condições do paciente e suas necessidades de cuidado

Ao realizar o CD, é observado o estado físico e mental do paciente. Inicialmente, devem ser visualizados aspectos referentes à disposição do paciente ao receber a equipe de saúde, sua fisionomia e seu interesse. Observa-se a situação de adoecimento que o paciente apresenta, suas necessidades, a medicação utilizada e a aceitação aos cuidados prestados.

[...] a boca tem um dono e este dono está envolvido num contexto e tem muitos fatores que interferem na sua boca ou na sua saúde [...] o acolhimento envolve criar vínculo com o paciente, conhecê-lo pelo nome, sua realidade. Como é a sua moradia, o que ele faz, como é que ele faz, quais são os problemas pelos quais ele passa para chegar ao emprego, ou se ele não tem emprego, ou se ele trabalha à noite e no outro dia não está



com sorriso nos lábios para te receber de manhã. (Participante do Curso de Odontologia)

De forma geral, a condição física do paciente é a primeira queixa da família, sendo, muitas vezes, o que indica a necessidade do CD. Nesse sentido, cabe aos estudantes fazer uma primeira observação do estado geral do paciente para, na sequência, continuar com atividades recomendadas para cada um.

As nossas avaliações são bem grandes, porque a gente tem que ver muitos aspectos, muitos detalhes [...] em relação à idade, condição de vida, qualidade de vida, tudo o que ele reclamar, qualquer queixa dele, a gente vai tentar orientar de alguma forma, se for da nossa área. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

Assim, ao chegar ao domicílio, procura-se entender os motivos da solicitação do atendimento para realizar as ações de acordo com suas necessidades, suas dificuldades, sua idade, sua qualidade de vida, seus sentimentos.

São muitas as necessidades dos pacientes que recebem CD. Destacam-se questões de higiene dele e do domicílio, que, por vezes, é precária e influencia na sua evolução e na maneira como os profissionais terão que realizar o cuidado, preocupando-se, inclusive, com infecções que possam ocorrer.

Observa-se também a possibilidade de movimentação no leito e pelo domicílio, pois essa é uma necessidade dos pacientes com intuito de evitar úlceras por pressão naqueles que estão restritos ao leito e estimular a socialização e autonomia daqueles que deambulam, pois muitas vezes permanecem restritos a um cômodo da casa, aumentando seu grau de dependência e diminuindo o contato com outros familiares.

Observava se o paciente estava acamado, se ele conseguia se movimentar na cama, se ele tem cadeira, se a cadeira passa entre os cômodos para banho, como é que ele toma banho, se vai para o banheiro ou não vai [...] observava se precisava arejar a casa, se tinha mofo, como era a limpeza [...] se a pessoa tomava sol, se tinha claridade. (Participante do Curso de Enfermagem)

A necessidade de banho de sol também é observada, pois há domicílios em que o número de janelas é reduzido ou em casos extremos sequer existem, portanto, é fundamental perceber essa questão e criar maneiras para que o banho de sol aconteça e estimule a produção de vitamina D.

As medicações, os equipamentos (estetoscópio, esfigmomanômetro, aparelho para verificação de glicemia capilar, entre outros) e os insumos (luvas de procedimento, seringas, agulhas, entre outros) utilizados são observados para identificar se estão adequados ou se há necessidade de aquisição e/ou troca por novos materiais que melhor se adaptem à realidade do paciente e assim estabelecer um plano de cuidados que deve ser revisto periodicamente de acordo com sua evolução. Observa-se, por exemplo, se os moradores têm escova dental de uso individual, creme dental e fio dental, para adequada higiene bucal.

Em muitas situações, há necessidade de cuidados multiprofissionais, pois pacientes e familiares podem apresentar diversos aspectos alterados que precisam ser resolvidos com a presença de outros profissionais da equipe de saúde.

Aprendi a observar as necessidades da pessoa, não só a parte bucal, mas em geral, toda a situação, tratamento psicológico, tratamento médico, o contexto social em que ela vive. (Participante do Curso de Odontologia)

É algo que a gente precisa, eu percebia muita necessidade da equipe multiprofissional no domicílio. (Participante do Curso de Medicina)

Além do estado físico, deve-se estar atentos para o estado emocional do paciente, pois muitos estão emocionalmente abalados, depressivos, revoltados com o atual estado de saúde. As limitações impostas pela patologia, a dependência de um cuidador, o afastamento do trabalho e do convívio social são alguns fatores que podem gerar sentimentos negativos e podem levá-lo a não aceitar as ações propostas para manutenção e/ou recuperação da sua saúde. Cabe a quem estiver atuando no domicílio perceber essas alterações e motivá-lo nas ações de cuidado.

Eu observava a aparência do paciente [...] estado do paciente, emocional também. Eu lembro que tinha um paciente que estava bem deprimido, não queria se ajudar. O cuidador queria que o paciente fizesse as coisas, mas ele estava bem desanimado. (Participante do Curso de Enfermagem)

Crenças religiosas podem estimular o paciente no enfrentamento da doença e podem servir de aliado aos profissionais, que terão conversas mais próximas da realidade do paciente, assim, observá-las favorece um cuidado adequado.

Tem que respeitar muito quando você entra no domicílio de alguém, porque tem crenças, tem cultura, que podem ser diferentes das suas e entendê-las ajuda a gente. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

Ressalta-se a necessidade de observação da evolução do paciente durante o cuidado prestado com intuito de perceber se as medidas tomadas estão surtindo efeito ou se precisam ser readequadas. A observação é uma aliada dos profissionais, pois por meio dela consegue-se identificar muitos aspectos que não são comentados pelo paciente e familiares quando se atua em uma instituição de saúde. A visualização das condições físicas e mentais de pacientes e familiares direciona o cuidado aos aspectos mais debilitados, sendo possível identificar a necessidade de outros profissionais ou de melhor preparo do cuidador e familiares para desenvolvimento do cuidado.

#### 5.2.1.3 Identificando a dinâmica familiar

O cuidador e os membros da família são observados para identificar de que maneira os cuidados são realizados e as possíveis dificuldades que possam ter ao desempenhá-los, a fim de que sejam realizadas orientações adequadas para saná-las.

Observa-se também o número de moradores na casa e a presença de familiares que necessitam de cuidados, pois o CD não se restringe ao paciente, abrangendo todos os moradores daquele domicílio.

Nota-se também a relação entre essas pessoas, no intuito de identificar quem auxilia no cuidado, quem trabalha em ambiente distinto do domicílio, quem é responsável pelas questões financeiras, quem tem mais contato com o paciente e que tipo de auxílio cada um dos integrantes executa. Tais informações proporcionam aos profissionais maior facilidade no desenvolvimento de suas atividades, pois sabem a quem se direcionar em determinadas situações.

Sobre família, perguntamos (docentes): qual família você (acadêmico) escolheu? O que você encontrou nesta família? Como são as pessoas? E aí eles (acadêmicos) respondem: não tem só laço consanguíneo, é laço de afetividade. Tem agregados? Ah!!! Tem. Para eles (acadêmicos) poderem entender, pois, às vezes, a família é um aglomerado de pessoas ocupando o mesmo espaço, às vezes, até o mesmo cômodo. (Participante do Curso de Odontologia)

Observar se as crianças presentes no domicílio se espelham nos exemplos dos adultos contribui para o trabalho de educação em saúde que pode ser realizado naquele domicílio.

Atentar sobre as relações entre paciente, familiares e cuidador auxilia na compreensão de atritos que possam existir. Em diversas situações, o cuidador é um familiar do paciente que foi designado para essa atividade por outros membros da família, porém, ele pode não estar satisfeito em realizar o cuidado, fato que pode gerar desavenças, angústias e até mesmo agressões ao paciente. Assim, saber como essa pessoa se tornou o cuidador, observar sua receptividade, a maneira como se expressa com os profissionais, paciente e demais familiares e eventual presença de lesões no paciente provocadas pelo cuidador, resulta em ações mais apropriadas dentro do domicílio.

Perceber as relações positivas que ocorrem no domicílio também auxilia no direcionamento das ações, pois assim é possível identificar quem são as pessoas em quem o paciente confia, por quem ele prefere ser cuidado, de quem ele sente falta e assim é possível verificar quem é a pessoa na família que será o referencial, o elo entre a equipe de saúde e a família.

[...] você tem que estar de olho se a família está ajudando, qual é a dinâmica familiar, como que ela se estrutura. (Participante do Curso de Medicina)

Com a observação, você consegue captar muita coisa, muita coisa mesmo, inclusive a condição daquela família, sendo que podemos analisar situações muito bem pela família e não só o paciente. (Participante do Curso de Nutrição)

É possível perceber que existem famílias que vivem em ambientes adequados, com boas condições estruturais e de higiene, mas que convivem com relações doentias de descaso, agressões físicas e verbais, que contribuem para o agravamento da situação do paciente.

A observação desses aspectos negativos nas relações familiares, muitas vezes gera revolta nos acadêmicos por não estarem habituados com tais situações, porém devem saber contornar tais sentimentos negativos, impedindo que eles interfiram no cuidado prestado, agindo de forma a minimizar os aspectos negativos e estimular aspectos positivos na família.

Ademais, é preciso perceber como paciente e membros da família se relacionam com outras pessoas, que podem ser vizinhos e membros da igreja e da comunidade, e de que forma essas relações repercutem no cuidado do paciente.

A princípio, nós orientamos que eles têm que observar a situação do domicílio, que é o que eles conseguem ver primeiramente, mas destacamos a relação com o familiar, porque muitas vezes [...] o problema do sujeito não é tanto individual, mas relacionado ao contexto familiar, social, econômico que ele vivencia, então são orientados [...] a observar como é a relação deles, se eles têm relação com o vizinho, com a igreja, como é feito o suporte social dele, como é a condição de vida, qual é a visão dele de saúde, o que eles pensam em relação àquele processo que eles estão vivenciando. (Participante do Curso de Enfermagem)

O que acadêmico tem que aprender é essa visão mais ampla, em que esse problema acontece, como ele acontece, o contexto. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

O contexto domiciliar engloba determinantes capazes de promover a saúde ou de desenvolver a doença, sendo necessário estar atento para isso. Portanto, a observação do contexto domiciliar é uma oportunidade e um dever a quem realiza o CD, pois proporciona melhor entendimento das relações e das situações que ocorrem no interior dos domicílios.

### 5.2.2 Cuidando pluralmente

A subcategoria “Cuidando pluralmente” explicita que cuidar do paciente, do cuidador e de seus familiares no domicílio corresponde a uma atuação plural, múltipla, que inclui observar aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, sendo realizado por diferentes profissionais de saúde de forma a abranger as pessoas que residem no domicílio e aquelas que são significantes para o paciente e que possam estar no domicílio no momento do cuidado.

### 5.2.2.1 Diagnosticando a situação

Além de observar, os acadêmicos atuam no domicílio, e uma das primeiras atividades realizadas é o diagnóstico das necessidades e das condições de vida do paciente e da família.

ver se ele (paciente) tem um tanque, se ele (paciente) usa uma escova comunitária, aquela que é uma para a família inteira, inclusive o cãozinho, que se participa da família, também faz uso da escova. [...] se tem escova, se tem creme dental, como é que faz para usar o fio dental [...] (Participante do Curso de Odontologia)

As ações que serão desenvolvidas dependem do diagnóstico realizado nos contatos iniciais, portanto, é tarefa primordial no CD realizar uma análise criteriosa das necessidades apresentadas para que o cuidado realizado atenda às demandas do paciente e da família.

Ressalta-se que é preciso identificar as ações a serem realizadas em caráter prioritário no momento em que adentram esse espaço, pois podem existir situações graves que precisam ser resolvidas em caráter emergencial, sejam relacionadas ao processo de adoecimento do paciente ou referentes às relações familiares.

A realização de uma anamnese com o paciente permite que ele explicita suas principais queixas, doenças preexistentes, tratamentos prévios realizados, medicações utilizadas e se apresentam efeitos adversos, necessidade de mobilização no leito ou possibilidade de deambulação, suporte nutricional.

[...] eu tento trazê-los (acadêmicos) para eles observarem essa realidade, a partir do que eles estão enxergando, do que eles estão percebendo, como é que ele vai cuidar? Como é que ele vai promover essa saúde? Como é que ele vai dar essa assistência? (Participante do Curso de Nutrição)

A gente levantou quais eram as necessidades dela (paciente) naquele momento de compreensão, do que ela estava passando, do que ela podia fazer para melhorar. (Participante do Curso de Enfermagem)

Essa coleta inicial de dados auxilia na escolha das ferramentas a serem utilizadas durante a realização do CD e permite avaliar a evolução dos casos ao longo do cuidado prestado.

[...] primeiramente é feita uma entrevista levantando alguns diagnósticos, o que a gente pode trabalhar naquele ambiente, [...] eles (acadêmicos) são

direcionados ao que é mais evidente de necessidades do paciente e da família. (Participante do Curso de Enfermagem)

Para que se obtenham dados significativos, é preciso conversar com o paciente sobre sintomas que ele apresenta, situações que incomodam e principalmente ter paciência e estar disposto a ouvi-lo, pois muitas vezes, demora um tempo para que o paciente se sinta à vontade e confie em pessoas desconhecidas que estão chegando para cuidar dele em seu domicílio.

[...] conversar com o paciente, saber mais da história dele, como é feito o tratamento, por quem é feito, por que é feito por aquela pessoa, se o paciente escolheu aquela pessoa ou foi eleita pela família, conseguimos investigar um pouquinho mais com o diálogo. (Participante do Curso de Enfermagem)

A partir da identificação das principais necessidades, inicia-se a atuação no domicílio em que diversas ações de cuidado poderão ser realizadas.

#### 5.2.2.2 Atuando no domicílio

Anteriormente à atuação no domicílio, procura-se acessar o prontuário do paciente e toda sua documentação para saber o seu histórico, porém nem sempre isso é possível, pois há casos em que o município ou empresa responsável pelo CD não dispõe de um sistema informatizado, fazendo com que a documentação permaneça com o paciente no seu domicílio. Assim, os profissionais que forem sendo incorporados ao CD terão acesso à documentação no próprio domicílio ou por meio de prontuário eletrônico na empresa de *home care* ou nas unidades de saúde caso tenham essa ferramenta.

Independentemente da atividade a ser desenvolvida, o importante é atuar de acordo com a realidade encontrada e para isso os acadêmicos estudam o processo de adoecimento do paciente, as medicações utilizadas, a alimentação mais adequada, o cuidado pertinente àquele cuidador, observam os fatores socioeconômicos e estruturais, enfim, se preparam de acordo com a situação com a qual se deparam no domicílio.

Ao chegar ao domicílio, é preciso explicar ao paciente e familiares como será realizado o cuidado, sanar dúvidas existentes e pedir autorização para início das atividades.

Entre os cuidados prestados estão o exame físico, a verificação de questões alimentares, mensuração dos sinais vitais, a realização do teste de glicemia capilar, a verificação de medicações utilizadas, a mobilização do paciente, a mudança na disposição dos móveis, a higienização do paciente e realização de educação em saúde, realização de curativos, repasse de informações burocráticas e legais, verificação de dados vacinais, treinamento sobre uso adequado de insulina, verificação se há limitações no tratamento a ser proposto com intuito de indicar intervenções eficazes.

A gente sugeriu algumas medidas para melhorar o conforto da paciente, levamos um separador de medicamentos, porque ela (paciente) tinha muita dificuldade de saber que remédio tomava, que horas tomava e o cuidador também não sabia [...] todos os dias a gente mobilizava a paciente, tirava da cama, levava para fora, fazia a troca de fralda [...]. Fazia verificações de sinais vitais [...] conversava bastante com ela (paciente) sobre seu progresso, perguntava como é que ela estava se sentindo, motivava a paciente. (Participante do Curso de Enfermagem)

O estudo das medicações utilizadas pelo paciente é uma atividade que vem ganhando espaço pelo fato do domicílio ser um possível local para desenvolvimento da atenção farmacêutica, que inclui atendimento de transtornos menores pelo farmacêutico.

Avaliam-se as questões que fazem o paciente aderir ou não ao tratamento e possíveis relações risco-benefício dos medicamentos bem como se orienta sobre a melhor maneira de ingerir a medicação. Por vezes, há necessidade de encaminhamento de uma carta ao médico do paciente informando os achados da consulta farmacêutica e indicando possíveis alterações de medicamentos e informações que se façam necessárias ao paciente, no entanto, sem alterar qualquer indicação para não incorrer no exercício ilegal de outra profissão.

Verificar problema de adesão ao tratamento, a automedicação [...] a questão de interação medicamentosa, a questão da segurança do paciente como um todo no que tange à automedicação. (Participante do Curso de Farmácia)



Ocorre também, no domicílio, o acompanhamento programado de pacientes, existindo, entre outras atividades, a consulta médica, que acontece de forma similar à consulta da unidade de saúde, com exame físico e prescrição de medicamentos. Evita-se que os atendimentos domiciliares ocorram somente a partir da demanda que chega à unidade, mas que ocorram de forma planejada com a equipe, na tentativa de realizar o CD antes da solicitação do paciente.

No entanto, essa solicitação nem sempre é viável, pois a demanda de pacientes que necessitam de CD é grande, e as equipes de saúde não conseguem comportar tantas atividades, priorizando ações curativas de situações já instaladas em detrimento de ações preventivas e de promoção à saúde.

[...] a principal atividade ainda é a consulta [...] dentro disso a gente atende alguns programas e tenta fazer então um acompanhamento programado, planejado dos pacientes [...] tenta desenvolver algumas atividades educativas, mas que ainda têm um foco muito de atendimento à demanda [...] eu tentei ao longo do ano trabalhar com a equipe para a gente mudar um pouco o caráter disso, para não ser só demanda, mas conseguir planejar que pacientes vão precisar, quem são os idosos, quem tem dificuldade de locomoção, enfim, para que a gente pudesse se programar para ir à casa desses pacientes antes que eles solicitassem, porque se eles solicitam, eles já solicitam com alguma queixa, alguma coisa que é mais difícil de ser contornada, mas que se a gente conseguisse chegar antes disso para tentar desenvolver alguma coisa programada. (Participante do Curso de Medicina)

Nesse sentido, há necessidade do trabalho em conjunto com os ACS, que informam semanalmente os pacientes que estão acamados e que precisam de prioridade no CD, sendo, portanto, realizadas reuniões semanais prévias às consultas para definir que pacientes serão visitados e a ordem de prioridade.

Há aplicação de formulários referentes a questões alimentares, realização de avaliação nutricional e antropométrica, acompanhamento nutricional de crianças inseridas no Programa Bolsa Família, incentivo de pacientes a frequentar a unidade de saúde, lembrando que as atividades precisam ser estendidas aos familiares, considerando o contexto do domicílio.

a gente ia para fazer acompanhamento domiciliar do paciente que frequentava a unidade de saúde, então às vezes era paciente diabético, hipertenso [...] o paciente não chegava a ir à unidade de saúde e aí a gente conversava, media, pesava, fazia avaliação, dava orientação, conversava com o paciente sobre o que ele consumia, o que ele tinha que consumir, como fazer, mais uma orientação mesmo, uma conversa. (Participante do Curso de Nutrição)

O exame bucal pode ser realizado no domicílio e serve como indicador das necessidades de cuidados bucais daquele grupo familiar, promovendo, por exemplo, uma estimativa rápida do número de lesões de cárie e a identificação de membros da família que utilizam prótese dentária. Realiza-se a higiene bucal do paciente, aproveitando a oportunidade para orientar a forma correta de higienização. Se necessário, são realizados encaminhamentos a outros profissionais ou à unidade de saúde para realização de tratamento odontológico quando se trata de ações mais invasivas e que não são possíveis de serem realizadas no domicílio por falta de aparato específico.

Faz mais orientação, o tratamento em si em casa [...] é bem complicadinho, porque tem a questão de material [...] a gente consegue fazer uma raspagem, uma limpeza bem superficial, porque, às vezes, a gente nem consegue abrir a boca [...] faz mais essa parte de orientação, mas tratamento restaurador, essas coisas, a gente não consegue fazer, não consegue desenvolver. (Participante do Curso de Odontologia)

São realizadas intervenções com base na avaliação de espaço físico da casa, incluindo verificação da altura do vaso sanitário e presença de barreiras arquitetônicas que possam restringir acessibilidade do paciente dentro do próprio domicílio. Tais intervenções englobam ações com recursos de tecnologia assistiva e sugestões para alargar portas ou abaixar pias. As ações realizadas no domicílio sempre que possível utilizam recursos oferecidos pelo próprio ambiente domiciliar, como o quintal ou o preparo das refeições.

Destaca-se a atividade de avaliação do paciente no seu desempenho ocupacional dentro do seu contexto domiciliar, se ele realiza atividades de trabalho, de lazer, o grau de autonomia que tem, como se previne dos riscos a que está exposto, se apresenta dificuldades e/ou fragilidades e os motivos que ocasionaram tal situação.

[...] treino de atividades, porque [...] se ele não consegue tomar banho, então a gente vai tentar adaptar. Primeiro orientando, olhando o ambiente, se pode colocar uma barra [...] claro que sempre vendo a possibilidade do paciente, tentando usar materiais, recursos acessíveis. E também, se for possível, ver ele fazendo a atividade [...] pensando em incluir todos nossos objetivos no treino, na atividade, treino de atividade de vida diária. Se a pessoa está impossibilitada de sair de casa, ou está sem atividade produtiva, quem sabe [...] chamar uma pessoa para fazer oficinas para ensinar alguma coisa para essas pessoas, para ela poder ter uma renda, uma coisa em casa. A toda essa parte de controle financeiro a gente está sempre atento. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

O cotidiano do paciente é verificado, seus horários e sua inserção social são analisados e, após a compreensão da sua rotina e percepção das atividades prejudicadas, é elaborado um plano de ação, sendo posteriormente realizada nova avaliação do paciente para verificar sua evolução em função das intervenções propostas, sendo o banho um bom momento para essa avaliação.

[...] o nosso foco principal é nas três áreas de desempenho [...] que é no autocuidado, que são as atividades de vida diária, no trabalho e no lazer [...] Depois entra o brincar também, o sono, o descanso [...] a gente vai identificar que *déficits* esse paciente tem dessas áreas, das atividades de vida diárias, do autocuidado, que entra o tomar banho, alimentar-se, a própria mobilidade funcional dentro do domicílio, na comunidade também. Então a gente vai focalizar esses aspectos. No lazer ver [...] o que precisa ser feito, então nosso foco é mais esse [...] é reabilitar mesmo, reabilitar e capacitar o indivíduo a essa inserção social [...] seja dentro de casa, seja na comunidade. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

Com intuito de promover maior autonomia do paciente e melhora nas suas áreas de desempenho afetadas, são promovidas adaptações da realidade do paciente, mostrando que ele pode ser independente, possibilitando o controle de sua própria medicação, o desenvolvimento de pequenas tarefas ou o preparo da sua alimentação, estimulando sua autonomia. São indicadas tecnologias para facilitar as atividades de vida diária do paciente e assim promover sua independência no domicílio. São também realizadas atividades lúdicas e atividades artesanais, sendo traçados objetivos para essas atividades.

Diante das inúmeras necessidades do paciente e de seus familiares, muitos são os cuidados requeridos no CD, porém, muitas vezes, a realização de técnicas não está presente no CD, no entanto, a necessidade do paciente e cuidador é de serem escutados, ou que se converse com eles para saber mais da sua história, do tratamento do paciente e de como foi a escolha do cuidador.

[...] escutando bastante a paciente, aí ela foi sentindo confiança [...] era uma troca, a gente escutava bastante e aí ela (paciente) ia se abrindo. Sempre chegávamos e escutávamos tudo o que ela tinha para contar para ela se sentir aliviada. (Participante do Curso de Enfermagem)

Assim, a ação a ser desenvolvida no domicílio pode estar voltada às relações que se estabelecem entre os membros da família, cuidador e paciente, ou a relação

dessas pessoas com o sistema de saúde, situação na qual não será exigida deles a execução de técnicas, mas ouvir, esclarecer, intermediar e amenizar situações<sup>4</sup>.

O foco da atuação na primeira casa foi o relacionamento familiar, pois existiam muitos conflitos familiares. Assim, o foco era como o enfermeiro poderia atuar como mediador desses conflitos. (Participante do Curso de Enfermagem)

Quando há possibilidade de alta do CD, faz-se o encaminhamento do paciente para atendimento ambulatorial ou nas unidades de saúde e se realiza o processo de despedida do paciente e familiares momentos antes da alta ou do término do estágio. Destaca-se que muitas vezes o final do estágio não corresponde ao momento de alta do paciente, sendo necessária a continuidade das ações pela equipe de saúde.

Ressalta-se que os cuidados realizados no domicílio devem ser registrados em livros de ata, em relatórios ou no prontuário de cada paciente para assegurar que as informações não se percam e que haja uma continuidade das ações executadas, pois nem todos os profissionais atuam ao mesmo momento.

a cada atendimento tem um relatório [...] se faz o registro dos atendimentos [...] os relatórios para mim são de grande valor. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

Embora exista um gama de cuidados possíveis de serem realizados no domicílio, o CD pode apresentar algumas restrições como a falta de equipamentos para realização de cuidados mais complexos; falta de atuação multiprofissional levando o profissional ao isolamento; desconhecimento de pacientes e de profissionais da possibilidade da atuação do farmacêutico no CD, gerando pouca demanda de atendimentos desse profissional.

---

<sup>4</sup> Destaca-se que essa é a dimensão expressiva do cuidado, de natureza emocional, que resulta de interações que permitem ao outro ser humano expressar seus sentimentos relacionados à experiência ou vivência, incluindo a intuição e a expressão da subjetividade (ROY; ANDREWS, 2001 *apud* PERSEGONA *et al.*, 2007).

### 5.2.2.3 Educando em saúde

Atividades de educação em saúde são primordiais no CD, pois pacientes e familiares continuarão realizando o cuidado após o atendimento da equipe de saúde. Nesse sentido, são feitas orientações ao paciente, cuidador e família de como realizar o cuidado, a respeito da patologia (sinais, sintomas, evolução), da medicação utilizada (posologia, efeitos adversos, formas de administração), em relação às redes sociais de apoio, sobre questões dietéticas, condições higiênico-sanitárias no domicílio, higienização corporal e bucal e mobilização no leito.

Orientar sobre as manifestações clínicas da patologia do paciente, os fatores agravantes, as possíveis complicações, a necessidade das medicações utilizadas e seus efeitos adversos traz tranquilidade ao paciente e a seus familiares, que terão que se acostumar com determinadas situações, pois inúmeros pacientes que recebem cuidados no domicílio são portadores de doenças crônicas ou de sequelas permanentes.

[...] nós tentamos fazer com que a paciente entendesse um pouquinho sobre a medicação dela, para que ela ajudasse a cuidadora, porque ela achava que a cuidadora não estava administrando a medicação corretamente. Então tentávamos fazer com que ela (paciente) entendesse a questão do medicamento e também tentamos inserir o esposo, pois havia vários medicamentos que os dois tomavam. Assim, o esposo também participava. (Participante do Curso de Enfermagem)

A orientação aos pacientes quanto à correta administração de medicamentos, o acompanhamento do seu tratamento domiciliar de forma mais efetiva e a explicação dos benefícios do tratamento contribuem para maior participação dos pacientes.

[...] ir até a casa do paciente para ele entender o que é aquele medicamento e como que ele tem que tomar, por exemplo, se pode tomar com água, ou se pode tomar com leite, porque tem que tomar em jejum, porque é importante, porque tem que tomar o antibiótico certinho por exemplo. (Participante do Curso de Farmácia)

Outras orientações prestadas no domicílio se referem a questões sobre mobilização, transferência e posicionamento do paciente, alimentação, eliminações, atividades de vida diária e laborais do paciente, prevenção de novas doenças ou incapacidades que possam surgir.

O cuidador sempre participava do atendimento e aproveitávamos para orientar sobre a questão de manejo, de transferência, de alimentação, de ir ao banheiro [...] fazíamos orientações [...] de prevenção. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

Diante das diversas orientações realizadas quando se atua no CD, o futuro profissional precisa ter consciência de que elas não são imposições. O paciente e seus familiares têm autonomia para tomar suas decisões. Cabe, portanto, ao acadêmico, orientar de forma clara e ressaltar a importância de cada ação com vistas à compreensão dos sujeitos, no entanto, muitos acadêmicos ainda têm abordagem prescritiva ao atuar no domicílio, o que impõe limitações na atuação a ser realizada no domicílio.

Você não pode simplesmente chegar ao domicílio e dizer que vai ser assim, assim e assim. Você não pode impor isso, tem que saber quais são as condições da casa e dos familiares para então poder fazer a orientação correta. (Participante do Curso de Enfermagem)

A educação em saúde promove maior autonomia do paciente em relação aos profissionais de saúde e aos próprios familiares, gerando maior autocontrole em situações adversas que possam ocorrer.

Procuramos a independência, a autonomia e o desempenho competente do paciente naquele ambiente (domicílio), por meio de orientações e de análise de atividades. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

No CD, muitos pacientes e familiares são portadores de doenças crônicas, o que reforça a necessidade de educação em saúde, pois essas pessoas deverão estar atentas às questões referentes à patologia, medicações, alimentação, prática de exercícios físicos, entre outros cuidados, por toda a vida. Assim, investir nesse tipo de atividade é obrigação do profissional.

#### 5.2.2.4 Cuidando do cuidador

O cuidador é elemento chave no CD, pois é a minoria das famílias que tem condições financeiras para custear uma equipe de profissionais durante as 24 horas do dia. Assim, o cuidador assume inúmeras atividades, o que pode gerar sobrecarga física e emocional.

Portanto, cuidar do cuidador é uma das atividades desenvolvidas. Entre as atividades de cuidado realizadas para o cuidador, citam-se: anamnese e exame físico para identificar possíveis problemas de saúde, pois ocorre de muitos cuidadores esquecerem de realizar o cuidado de si em virtude das diversas atribuições que assumem com o paciente; encaminhamentos a profissionais de saúde pertinente aos achados da anamnese e exame físico; orientações de ergonomia ao cuidar do paciente; e sugestão de rodízio com outro cuidador para realização de atividades pessoais e momentos de lazer.

A cuidadora [...] fazia alguns exercícios com a paciente que não ficava em pé [...] então orientávamos como fazer para não machucar a coluna dela (cuidadora), orientamos a paciente a se ajudar [...] para aliviar para a cuidadora. (Participante do Curso de Enfermagem)

Outras atividades incluem a avaliação do cuidador no desempenho de suas atividades para realização de orientações pertinentes caso esteja com dificuldades ou cuidando de forma inadequada; observação da qualidade de vida do cuidador para indicar momentos de descanso, de lazer ou para encaminhamentos a profissionais de saúde; verificação do grau de parentesco do cuidador com o paciente e o relacionamento interpessoal entre eles para trabalhar questões estressoras do convívio diário; identificação da atuação da família nos cuidados, para que possam se revezar com o cuidador; e orientação para o cuidador auxiliar somente na fragilidade do paciente para evitar maior dependência dele em relação ao cuidador e que sempre solicite a ajuda do paciente nas tarefas.

Nesse sentido, trabalha-se com o cuidador para que mantenha suas áreas de desempenho equilibradas, que procure os serviços de assistência social e de saúde para se manter saudável.

Eles (cuidadores) abdicam da vida deles e a grande dificuldade que eu vejo é que são famílias que têm 5, 6 irmãos [...] o pai acamado e ele tem 7 filhos, 8 filhos, e é um que cuida, os outros nem se apropriam [...] a solução dos problemas do cuidador seriam famílias bem estruturadas, porque você divide tarefas [...] conheço uma família que realmente divide tarefas e que a família tem força, sabe, é uma família forte, no mais, os cuidadores são desgastadíssimos, moças novas, com 30, 40 anos, com dor nas costas, dificuldades de vários tipos, não se alimentam bem, então o cuidador merece atenção especial [...] (Participante do Curso de Nutrição)

Os cuidadores podem se sentir solitários no domicílio, pois o convívio com outras pessoas pode ser reduzido, bem como muitos pacientes têm a fala

prejudicada, o que dificulta a comunicação e interação entre cuidador e paciente. Assim, conversar com o cuidador torna-se um cuidado essencial. Além de ser um cuidado com o cuidador, essas conversas podem permitir maior aproximação e criação de vínculo com os profissionais e também ajudam no entendimento das situações que ocorrem no domicílio.

Tentamos conversar com o cuidador [...] e de preferência o chamamos para o lado, para ficar mais à vontade [...] quando falamos só com o cuidador, ele acaba falando muito mais coisas que elealaria na frente do paciente. (Participante do Curso de Enfermagem)

Por ser fundamental no CD, o cuidador merece e deve ser cuidado pelos profissionais de saúde que precisam estar conscientes da importância dessas pessoas e assim direcionar seu olhar e suas ações para pacientes e cuidadores.

### 5.3 COMPREENDENDO AS CARACTERÍSTICAS MULTIDIMENSIONAIS DO CD

A categoria “Compreendendo as características multidimensionais do CD” é formada por quatro subcategorias, conforme explicitado no Diagrama 3.

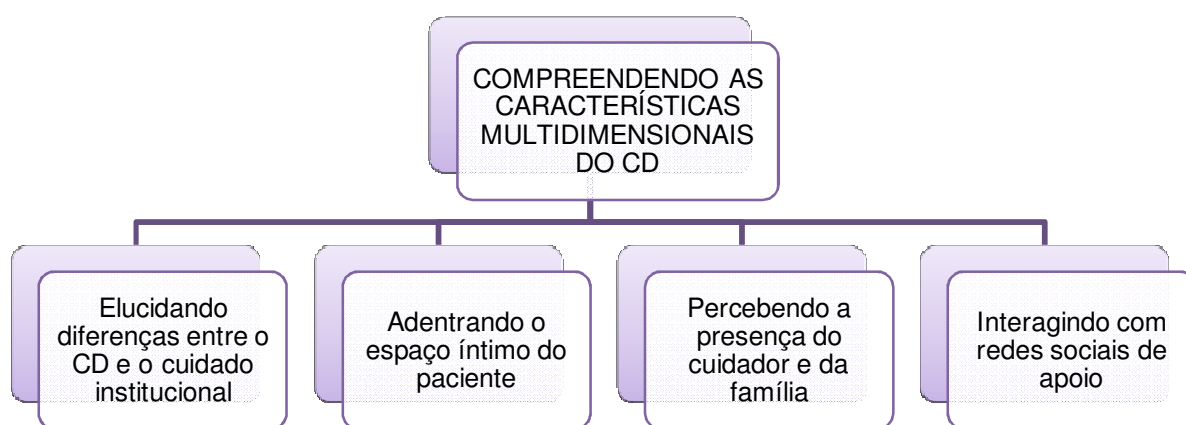


DIAGRAMA 3 - CATEGORIA “COMPREENDENDO AS CARACTERÍSTICAS MULTIDIMENSIONAIS DO CD” E SUAS SUBCATEGORIAS

Nessa categoria, são explicitadas as particularidades de se atuar profissionalmente no domicílio dos pacientes, que é um local único, de domínio das pessoas que ali residem, sendo, portanto, muito diferente de ambientes institucionais



de cuidado como hospitais, unidades de saúde, ambulatórios, clínicas e consultórios. Essas particularidades se referem ao fato do cuidado ser realizado em um ambiente de domínio do paciente, com a presença de familiares e de um cuidador, que interagem com redes sociais de apoio.

### 5.3.1 Elucidando diferenças entre o CD e o cuidado institucional

Para realizar o CD, o profissional precisa deixar a familiaridade do seu consultório ou da instituição em que trabalha e se dirigir ao domicílio do paciente. Portanto, o CD é entendido como diferente do cuidado institucional, que pode ser realizado em hospitais, unidades de saúde, consultórios ou farmácias, porém, para que essa diferença seja percebida, são necessárias a vivência em CD e a teorização a respeito de tal diferença, com reflexão e percepção de que o domicílio é o espaço privado das pessoas que ali residem.

O contato com o paciente no domicílio permite maior proximidade, conhecer o paciente e suas relações, entender como a família se organiza, estabelecer vínculos e assim desenvolver um cuidado integral e humanizado ao paciente e a seus familiares. O CD possibilita uma visão ampliada do paciente, pois permite ir além das informações trazidas por ele nos demais ambientes de cuidado, possibilitando melhor atuação profissional.

[...] o cuidado domiciliar na minha percepção, seria [...] entender aquele ser humano que tem uma necessidade [...] inserido dentro do contexto com todos os prós e contras que esse contexto traz [...] esse cuidado domiciliar traz muito a saúde pública para dentro do lar da pessoa, sabe? Ela (pessoa) não separa o posto de saúde, o hospital, ela entende a gente como parte do processo de vida dela, do cotidiano, uma vez que ela vai ter essa necessidade muito frequente [...] a gente consegue atender muito mais as necessidades, peculiaridades do contexto em que ele (paciente) está inserido, pois, às vezes, você fica lá falando como higienizar o equipo, mas a casa da pessoa não tem nem água na torneira, ela tem que buscar na casinha lá no fundo, com um balde [...] Esse cuidado domiciliar para mim é o atendimento inserido no contexto, o que traz a integralidade das ações dentro da saúde pública. (Participante do Curso de Nutrição)

O CD permite um cuidado direto ao paciente com olhar diferenciado dos outros ambientes por ser possível observar aspectos reais da vida dele e da família. No domicílio, é possível perceber questões referentes ao tratamento que podem ser

omitidas na unidade de saúde, por exemplo, quando apenas se analisa uma lista de medicamentos. É mais fácil perceber se a medicação está de fato sendo administrada e realizar as orientações necessárias ao paciente, que, muitas vezes, não ocorrem no cuidado institucional em decorrência do alto número de pacientes a serem atendidos.

Quando se vai ao domicílio, entende-se melhor a vida do paciente, suas questões sociais e psicológicas, estrutura familiar, cuidado prestado pela família. No ambiente institucional, essas nuances não são percebidas e muitas vezes não são informadas pelo paciente.

O domicílio apresenta aspectos de intervenção diferentes de outros ambientes. No domicílio, é possível perceber se o paciente terá condições de seguir as recomendações e o nível de participação da família no cuidado.

O CD permite ao profissional de saúde visualizar os motivos que dificultam a execução das recomendações dadas pelos profissionais e assim adaptar os cuidados à realidade de vida do paciente, considerando o contexto social em que está inserido, pois muitos não têm condições financeiras para desenvolver o cuidado, sendo necessário o auxílio da unidade de saúde e, por vezes, de redes sociais de apoio. Logo, observar o contexto é importante, pois permite entender os determinantes envolvidos naquela realidade e assim planejar ações adequadas à situação encontrada.

Quando eu faço uma visita domiciliar, eu percebo a realidade, percebo a dificuldade de relacionamento na família e como isso influencia no cuidado do paciente, como que a questão social, econômica, influencia naquele paciente, então, além disso, ver o ambiente onde ele está inserido, as condições daquele paciente que recebe aquela dieta, questão de higiene, são percepções que por telefone você não tem, orientações qualitativas que você consegue dar muito na visita. (Participante do Curso de Nutrição)

As questões expressas pelo paciente na unidade de saúde ou hospital são associadas com a realidade encontrada no seu domicílio, permitindo a integralidade das ações a partir da identificação do contexto vivido pelo paciente. A percepção das questões sociais é determinante no processo de evolução dos pacientes.

O que mais chama atenção é o confronto com a realidade [...] o aluno quando vai a campo [...] numa unidade com dificuldades sociais, a realidade para eles é algo que chama muita atenção, muitos alunos não conhecem as situações de vida das pessoas. Então entrar numa casa, ver como as

peessoas vivem, ver as dificuldades, isso é uma coisa que chama atenção.  
(Participante do Curso de Enfermagem)

Orientações básicas que dependem de energia elétrica e água encanada podem não ser atendidas pelos pacientes se não dispuserem desses dispositivos no domicílio, porém o profissional ficará ciente disso ao realizar o CD. A percepção da condição financeira do paciente e da família permite a indicação de tratamentos compatíveis com a renda familiar.

Eu acho que no domicílio o farmacêutico vai conhecer melhor a pessoa, a história de vida, vai poder avaliar melhor a qualidade de vida da pessoa, se a situação financeira vai interferir na compra do medicamento ou não. Por exemplo, se o medicamento for muito caro, a adesão vai ser menor, aí dá para trocar, [...] coisas que no balcão da farmácia não dá para ver.  
(Participante do Curso de Farmácia)

Conforme mencionado, em diversas ocasiões os recursos materiais e as condições estruturais são adversos, o que exige adaptação dos profissionais que desenvolvem o CD, pois não dispõem da infraestrutura e dos recursos humanos disponíveis em outros ambientes.

Muitas vezes, não há recursos instrumentais adequados. Assim, de forma geral, os profissionais levam os materiais que serão utilizados no CD e, quando necessário, solicitam a compra de algum item, dependendo da condição econômica da família, ou recorrem ao auxílio estatal ou à ajuda de redes sociais de apoio.

Segundo os participantes da pesquisa, nos ambientes institucionais há mais recursos humanos para cuidar do paciente, sendo um cuidado objetivo prestado a pacientes com variável nível de gravidade e que necessitam de diferentes tipos de recursos.

[...] a gente tem que se adaptar e aprender a achar recursos dentro daquilo que a gente tem [...] em geral, quando a gente chega, a gente tem um conhecimento que leu no livro e que ele vem redondinho [...] na vivência domiciliar [...] é fazer isso dentro de um contexto em que o sujeito está num espaço que é dominante e que é dele, e que para você é muito, não hostil assim, mas que não é o que você está acostumado [...] então é um desafio que é ainda maior por todas as limitações de recursos [...] (Participante do Curso de Medicina)

Ademais, acadêmicos e egressos sentem dificuldades em realizar o CD, pois estão acostumados a atender pacientes graves em ambiente hospitalar, porém o

domicílio não oferece tantos recursos tecnológicos, sentem dificuldades em prescrever medicações de uso controlado por não poderem realizar o acompanhamento do tratamento bem como têm dúvidas em como agir e se portar no domicílio.

No CD, além dos conhecimentos teóricos clínicos necessários, é preciso saber que se está atuando no local de domínio do paciente, diferente do ambiente hospitalar em que existe domínio da equipe de saúde frente ao paciente, que deixa de ter sua própria história, acatando as decisões dos profissionais, enquanto no ambiente domiciliar o paciente pode se recusar a receber os profissionais, fato que dificilmente acontece em uma instituição de saúde.

A postura de alguns profissionais em ambiente hospitalar é fria e objetiva, não havendo espaço para a subjetividade, para crenças, para determinantes do processo saúde e doença. No domicílio, essa postura normativa perde força.

[...] discutia-se que você vai estar no campo de domínio do paciente, você que está chegando ao lugar [...] como é difícil convencer o paciente no seu próprio espaço da medicação, dos horários, porque no hospital é fácil [...] a gente prescreve e é seguido e em casa você tem que passar pelo processo de convencimento. (Participante do Curso de Medicina)

Alguns participantes da pesquisa têm uma visão equivocada de que o CD é pior que o cuidado institucional por não dispor de profissionais preparados e condições tecnológicas adequadas, não sendo o cuidado ideal para o paciente, bem como se entende erroneamente que o CD é o cuidado hospitalar realizado no domicílio e é um tipo de cuidado que se aprende na prática.

Consideram também que o cuidado prestado no hospital é mais eficaz que o cuidado prestado no domicílio, pois há atendimento multiprofissional ao paciente; não há interferência da família; existe a possibilidade de administração de dieta industrializada, quando necessário; há certeza em saber que o paciente será alimentado, pois quando o paciente vai para o domicílio, não é possível saber se a dieta artesanal está sendo preparada de forma adequada e se está sendo administrada no horário correto.

Eu acho que no hospital, apesar de tudo, ainda é melhor, porque [...] tem a dieta industrializada que você sabe que vai passar e se ela passar inteira vai nutrir mesmo, a artesanal você nem sabe como é feita, se estão fazendo da forma certa. (Participante do Curso de Nutrição)

Porém, em muitas situações, as ações são mais efetivas no domicílio por conhecer a realidade do paciente, as questões sociais, as relações familiares, a ajuda que a família pode prover, enquanto o hospital, muitas vezes, é um ambiente hostil, possibilitando a cura de doenças sem a promoção da saúde.

Atuar no domicílio significa deparar-se com inúmeras situações, a citar: pacientes acamados; pacientes que não são dependentes; impossibilidade de pagamento da conta de energia elétrica; crianças brincando no esgoto; amor materno, embora as condições econômicas sejam difíceis; pacientes depressivas após cirurgia bariátrica; paradoxos entre crianças desnutridas e adolescentes e adultos obesos em um mesmo domicílio; pacientes com nutrição enteral, sendo necessário consulta com o gastroenterologista devido a alguma alergia alimentar, porém com dificuldades para acontecer em decorrência da falta de transporte; pacientes com sondas inadequadas, que são encaminhados ao hospital para troca; domicílios em condições precárias de higiene; muitos moradores e animais como cachorro e galinha em uma mesma casa; várias residências no mesmo terreno; falta de adesão da família para realizar o tratamento na unidade de saúde, quando necessário.

Esse tipo de cuidado é um processo contínuo em que o foco não é somente a patologia do paciente, sendo que as ações desenvolvidas no domicílio preservam a identidade das pessoas atendidas e proporcionam maior liberdade ao paciente e ao profissional. Criam-se vínculos intensos que normalmente não acontecem no atendimento ambulatorial ou hospitalar e que devem ser usados em prol do paciente. Em alguns casos, há pacientes resistentes, sendo necessária paciência para estabelecer esse vínculo.

E quando você vai até o domicílio, ele (paciente) se sente mais à vontade, isso cria mais vínculo do profissional com o paciente [...] é a partir da abordagem que se cria o vínculo e que você vai ter informações mais confiáveis daquela família. (Participante do Curso de Odontologia)

As visões negativas do CD podem ser decorrentes da atenção primária não ser o foco da formação dos profissionais, porém é na atenção primária que o CD acontece em muitos municípios. Ademais, é uma área de cuidado em estruturação no sistema de saúde, que vem ganhando destaque com o Programa Melhor em

Casa, por ser uma forma rica de assistência à saúde e que se amplia em decorrência, entre outros motivos, do aumento da expectativa de vida.

### 5.3.2 Adentrando o espaço íntimo do paciente

O domicílio é o espaço privado e íntimo de cada indivíduo, é o local onde as pessoas vivem, onde estabelecem relações interpessoais com outros moradores desse mesmo domicílio, sejam familiares ou não, é o ambiente em que a pessoa na maioria das vezes se sente acolhida e que está inserido em um contexto.

O ambiente domiciliar promove maior liberdade ao profissional e ao paciente por não existirem regras preestabelecidas. Os pacientes têm maior liberdade para expressar sua opinião e desabafar, o que possibilita maior vínculo entre os envolvidos. O contato no domicílio é mais próximo, fato que permite compreender o paciente além das questões trazidas por ele.

Cada domicílio tem suas singularidades que traduzem a forma como aquela família vive, seus hábitos, suas crenças e valores, explicitadas nos aspectos físicos, sociais, econômicos e sanitários e que precisam ser compreendidos e respeitados no momento do cuidado. O domicílio traz muitas informações visuais e, para muitos, proporciona conforto ao paciente, convivência com os familiares e com as pessoas que ama.

O domicílio corresponde a um espaço físico de moradia do paciente em que ocorrem as primeiras aprendizagens, o primeiro contato com o mundo, onde se estabelecem as primeiras relações sociais. Pode tornar-se um ambiente terapêutico por ser o lugar em que o paciente passa a maior parte do tempo, onde se relaciona com os outros membros da família, onde se alimenta, onde descansa. É um lugar de domínio do paciente que geralmente lhe transmite segurança, sendo permeado de crenças e valores.

No entanto, esse espaço físico pode apresentar limitações no processo de cuidado do paciente, sendo necessárias readequações para torná-lo um fator positivo. É um desafio ao profissional extrair a totalidade das potencialidades que o domicílio oferece, utilizando os recursos disponíveis com base na identificação de facilidades e de obstáculos encontrados no cotidiano do paciente.

Me sinto muito mais confortável aqui (consultório). Aqui, eu consigo explorar muito a questão de motivação da criança. Aqui é o meu ambiente, eu consigo tirar 100% dele. No domicílio, eu também deveria tirar os 100%, mas para mim ainda é um grande desafio [...] na maior parte das vezes eu vou me adaptando. Adaptando os meus conhecimentos àquele ambiente. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

O atendimento pode ser realizado no sofá ou na cama do paciente para maior comodidade e pode englobar pacientes com quadro clínico de maior ou menor gravidade. Há situações de pacientes graves que deveriam estar em ambiente hospitalar, no entanto, receberam alta e foram orientados a continuar com o tratamento no domicílio. Outros casos não são tão graves, porém há impossibilidade do paciente se locomover, sendo indicado o CD. Os participantes relataram que a maior parte da demanda dos pacientes atendidos no domicílio é composta por idosos, pacientes restritos ao leito e pacientes com dificuldades motoras.

A [...] demanda que eu atendo hoje é de pacientes idosos, pacientes acamados, com dificuldade motora, com AVC<sup>5</sup>. (Participante do Curso de Medicina)

O espaço íntimo de paciente e família, muitas vezes, precisa se reestruturar para receber o paciente, reorganizar a renda, pois há casos em que paciente e/ou cuidador deixam de trabalhar, aumentando a responsabilização da família em relação ao cuidado que deve ser prestado.

O espaço que antes era restrito a significantes do paciente, por vezes, necessita receber outras pessoas, como é o caso do cuidador que nem sempre é um membro da família e dos profissionais que irão realizar o cuidado. Visualiza-se, portanto, um espaço público dentro do espaço privado do paciente. Assim, é preciso maturidade das pessoas envolvidas, pois o domicílio é um local em que o profissional depende do convite e da aceitação do paciente para a realização do cuidado.

[...] já fomos muitas vezes em casa de paciente, em que nós sabíamos que o paciente estava lá dentro e ele tranca a casa inteira, ele fecha a casa inteira e não deixa ninguém entrar [...] nós estamos lá para oferecer ajuda, mas nesse momento ele não está querendo. Então, como nós podemos oferecer ajuda se nesse momento ele não está querendo? (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

---

<sup>5</sup> O entrevistado utilizou a sigla AVC que significa Acidente Vascular Cerebral.

Percebe-se que estar no ambiente do outro para desenvolver um cuidado profissional não é tarefa simples e exige a percepção de diferentes nuances que permitirão obter sucesso nas ações desenvolvidas.

### 5.3.3 Percebendo a presença do cuidador e a da família

Diferentemente de outros ambientes, o domicílio permite perceber a presença de um cuidador que exerce papel fundamental, pois sem ele não há CD. Em geral, o cuidador é algum membro da família ou pode ser uma pessoa da comunidade que, na maioria das vezes, é alguém significativa para aquela família.

Os cuidadores são valorizados, pois, muitas vezes, embora a família seja numerosa, é apenas uma pessoa que abdica da sua vida em prol do paciente. Há famílias que se unem e dividem as tarefas, fortalecendo o cuidado prestado ao paciente, porém na maioria dos casos apenas uma pessoa assume a função de cuidador, o que gera desgaste nessa pessoa, culminando com dores articulares e má alimentação, pois o cuidador esquece do cuidado de si em decorrência das atividades que realiza com o paciente.

A gente faz uma dinâmica (com os cuidadores) para ter um tempo para eles, que é uma coisa que, às vezes, eles não têm, pois se apropriam tanto daquele paciente que acabam não tendo vida própria. A conversa, a troca de experiências é muito rica [...] infelizmente não há muitos cuidadores que participam, pois muitos cuidam de um paciente em tempo integral e, às vezes, não conseguem deixar com alguém [...] essa é uma dificuldade, mas esse é um espaço para saírem do seu contexto e terem um tempo para eles, para conversar, para ver que existem outras realidades. (Participante do Curso de Nutrição)

Entre as principais atividades realizadas pelo cuidador, estão a higiene pessoal do paciente, mudança de decúbito, administração de medicamentos e auxílio durante a alimentação. No desenvolvimento dessas atividades, o cuidador deve estimular a autonomia do paciente, pois, muitas vezes, ele prefere ser co-dependente do cuidador pela facilidade em ter alguém que o auxilie.

O cuidador pode apresentar medo ao realizar o cuidado por não ter conhecimento científico para isso, fato que pode deixá-lo estressado, necessitando de atendimentos de saúde. Em decorrência dessa falta de experiência e de conhecimento científico, os cuidadores podem realizar um cuidado inadequado ao



paciente, fato que deve ser observado pelos profissionais que estão atuando no CD a fim de realizar as orientações pertinentes. Ademais, é preciso considerar os valores do cuidador e as relações interpessoais existentes entre cuidador e paciente.

Nós fizemos muita educação em saúde, ensinamos a como mobilizar o paciente, ensinamos massagem [...] cuidados de higiene [...] orientações com alimentação, com medicação, com postura, com ergonomia, com mobilização no leito. (Participante do Curso de Enfermagem)

A família interage diretamente com o cuidador. Nem sempre essas interações são positivas, pois muitas famílias enfrentam dificuldades relacionadas a conflitos existentes, carências econômicas, estrutura familiar rígida ou fragilizada, sendo necessária, em alguns casos, a interferência profissional.

[...] foi preciso perceber que existia uma situação bem difícil na família e que esse conflito atrapalhava bastante o cuidado. (Participante do Curso de Enfermagem)

Além de interagir com o cuidador, a família é essencial no CD, pois pode auxiliar no cuidado, motivar o paciente e estabelecer vínculos com os profissionais. Assim, para o sucesso do CD, é necessário observar a dinâmica familiar, as relações que os membros estabelecem entre si, como a família se organiza para cuidar do paciente, pois sem ela o cuidado no domicílio terá poucos resultados positivos. É preciso estabelecer uma parceria com a família, porém, em algumas situações, a família não se envolve da forma esperada ou prefere realizar todas as atividades pelo paciente, impedindo o desenvolvimento da sua autonomia.

Outra questão que nós observamos foi que a família muitas vezes não valorizava a autonomia do paciente tanto em casa nas atividades do dia a dia, como a autonomia de pegar ônibus, de vir ver um cinema no centro, de vir buscar um trabalho no centro, a família de alguma forma não valorizava essas questões, não entendia que isso fazia parte da saúde. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

Assim, há necessidade de perceber a dinâmica familiar pela visualização das relações que, muitas vezes, não podem ser percebidas em outros tipos de serviços. A estrutura familiar interfere diretamente no CD, portanto, os familiares também são foco das ações de cuidado por ficarem apreensivos em relação ao atendimento que

será realizado no domicílio, sendo que o seu envolvimento pode torná-lo mais efetivo ao incentivar o paciente a participar ativamente da organização de sua rotina.

No entanto, em algumas situações, a família torna-se uma barreira quando não percebe a necessidade de cuidado do paciente, quando a presença de algum membro causa-lhe constrangimentos, quando realiza todas as atividades por ele sem estimular sua autonomia ou quando não interage com ele.

Constata-se que o cuidador e a família são essenciais para o bom desempenho do CD. Cabe aos profissionais saber extrair ao máximo as potencialidades de cada uma dessas pessoas com intuito de beneficiar o paciente, lembrando que elas também merecem cuidados.

#### 5.3.4 Interagindo com redes sociais de apoio

No CD, observar as influências externas de parentes, amigos ou vizinhos que podem interferir positiva ou negativamente na evolução dos cuidados e no processo de adoecimento do paciente contribui para o desenvolvimento do cuidado. A observação da comunidade em que o domicílio está inserido, da vizinhança, das redes sociais de apoio disponíveis, da proximidade com a unidade de saúde é um aspecto que faz muita diferença para que o CD seja realizado de forma efetiva e assim atenda às necessidades do paciente e sua família.

[...] tem a questão da rede social de apoio que [...] exige uma compreensão do sistema de saúde, do sistema social, que eles (acadêmicos) precisam fazer essas inter-relações e perceber como se fazem os encaminhamentos, como trazer essas possibilidades para trabalhar naquele contexto que está sendo vivido. Eles (acadêmicos) têm dificuldades para perceber isso e têm que ser trabalhado, porque não adianta eu chegar lá e só trabalhar uma coisa mais técnica, mais manual, fazer um curativo. Como eu disse: cuidado domiciliar não é só fazer curativo, tem a manutenção do curativo. Quem é que vai trazer o material e o equipamento para fazer o curativo? O paciente precisa de fraldas e de outras coisas. Como essas coisas vão ser dispostas para eles? O sistema não está estruturado para dar atenção a todas essas coisas, aí você precisa contar com a rede social de apoio, e o aluno tem que começar a fazer essas interconexões, porque ali está a família, mas quem ajuda? Como essas coisas acontecem? Como eles chegam a descobrir essas possibilidades? São aspectos que precisam ser trabalhados. (Participante do Curso de Enfermagem)

O vizinho pode ser considerado membro da família e comprar dietas especiais por não saber que o município é responsável pelo fornecimento, bem como a igreja

ou a escola podem fornecer apoio ao paciente quando necessário. As redes sociais de apoio proporcionam auxílio ao paciente. Por meio delas, os pacientes conseguem melhor qualidade nas ações desenvolvidas no domicílio, pois recebem apoio para sanar dificuldades que possam existir.

[...] nos deparamos com as redes de apoio social, de suporte social, porque eles (familiares) conseguiram muitas coisas, por exemplo, com prefeito, com rádio que anunciava que eles estavam precisando, então eles conseguiram bastante coisa, com a FAS<sup>6</sup> também conseguiram bastante coisa. Em relação a fatores econômicos, perda do emprego, vivência só com a aposentadoria, toda essa relação econômica, financeira e social. (Participante do Curso de Enfermagem)

O CD é insuficiente quando não há redes sociais de apoio envolvidas, pois grande parte dos pacientes que necessitam de cuidados no domicílio não tem condições financeiras suficientes para suprir todos os gastos advindos dos cuidados a uma pessoa, que, muitas vezes, deixa de trabalhar para ser cuidada em casa por motivos de doença.

Nesse sentido, as redes sociais de apoio podem auxiliar no transporte do paciente quando há necessidade de atendimentos fora do domicílio; fornecer alimentos, fraldas descartáveis e insumos hospitalares necessários; auxiliar nas atividades com o paciente para que o cuidador tenha momentos para o cuidado de si; fornecer apoio emocional, espiritual e momentos de lazer ao paciente e familiares.

Se todas as famílias fossem estruturadas, o paciente e o cuidador teriam uma qualidade de vida enorme, porém como isso é muito desestruturado, às vezes, a própria rede social funciona como uma família para aquela pessoa. (Participante do Curso de Nutrição)

Os acadêmicos precisam estar cientes de que as redes sociais existem e que os próprios profissionais podem ser considerados seus integrantes, pois muitos pacientes e familiares consideram a unidade de saúde como rede social de apoio. A partir disso, quando estiverem atuando profissionalmente, eles precisam assumir seu papel frente às necessidades dos pacientes: identificando as redes que podem fornecer algum tipo de auxílio; orientando sobre esse tipo de ajuda; contatando os

---

<sup>6</sup> A entrevistada utilizou a sigla FAS que significa Fundação de Ação Social.

responsáveis das redes e acionando outros colegas profissionais necessários em determinadas situações.

você tem que pensar como é que a equipe funciona em relação a essa família, quais são os tipos de apoio que você tem da equipe. Porque não adianta você fazer um planejamento lindo, maravilhoso, mas que não tem aqueles recursos que você espera da equipe, a equipe não é interdisciplinar, multidisciplinar ou tem falta de profissional. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

As redes sociais de apoio devem ser aliadas dos profissionais de saúde na busca de melhores condições de cuidado ao paciente. Assim, saber identificá-las e utilizá-las permitirá ações mais adequadas, que trarão melhores resultados ao paciente que recebe o CD.

#### 5.4 COMPREENDENDO O CD NO SISTEMA DE SAÚDE

A categoria “Compreendendo o CD no sistema de saúde” é formada por duas subcategorias, conforme explicitado no Diagrama 4.



DIAGRAMA 4 - CATEGORIA “COMPREENDENDO O CD NO SISTEMA DE SAÚDE” E SUAS SUBCATEGORIAS

Nessa categoria, explicita-se que o CD está inserido no sistema de saúde em decorrência do aumento de pacientes que precisam desse tipo de cuidado, culminando com a necessidade de maior repasse de verbas governamentais e políticas que organizem a habilitação e implantação de equipes multiprofissionais de saúde para atuar no domicílio no âmbito público e privado.

#### 5.4.1 Percebendo como o CD se insere no sistema de saúde

O cuidado prestado pelo SUS pode ocorrer em diferentes ambientes de cuidado, como unidades de saúde, hospitais, clínicas especializadas, unidades de pronto atendimento, sendo o domicílio um desses ambientes de cuidado.

Para os participantes dessa pesquisa, o CD foi, historicamente, menosprezado e subutilizado no sistema de saúde, portanto, merece mais investimentos por ser uma área crescente, visto que muitos pacientes precisam continuar o tratamento no domicílio, seja na iniciativa pública ou privada. Porém, o sistema público não está totalmente preparado para isso, fato que gera atendimentos inadequados, e na iniciativa privada, nem todos os planos de saúde têm programas de CD que permitem essa continuidade do tratamento, sendo que muitos deles apresentam diversas limitações em relação às necessidades do paciente.

Eu acho que [...] (cuidado domiciliar) ainda é um pouquinho menosprezado, ele está sendo subutilizado. Se fosse utilizado da forma correta, ele poderia ser muito mais utilizado e capaz de gerar um potencial muito grande.  
(Participante do Curso de Medicina)

Considera-se o sistema de saúde em fase de organização, culminando com um sistema de referência e contrareferência que apresenta falhas, o que dificulta a realização do CD, pois muitas equipes de saúde que realizam esse tipo de cuidado desconhecem os pacientes que voltaram de um internamento hospitalar e precisam receber cuidados no domicílio.

Nas unidades de saúde, sejam elas básicas ou ESF, há demanda de pacientes que necessitam de cuidados no domicílio. Essa é uma realidade no sistema de saúde brasileiro, pois são constatados aumento da longevidade de pacientes portadores de doenças crônicas e de portadores de sequelas decorrentes de doenças ou acidentes, crescente redução de leitos nas instituições hospitalares, bem como das ações voltadas para promoção da saúde de todos os membros da família preconizada pela ESF.

O número de pacientes que necessitam de CD aumenta anualmente, e a estrutura e os profissionais que atuam no SUS não estão preparados para realizar esse tipo de cuidado, fatos que podem comprometer as experiências de ensino-aprendizagem no CD.

Ele (cuidado domiciliar) veio para suprir uma necessidade que é real, mas ele não veio com as condições, é um remendo, aí a gente pega esses pacientes que não são para gente (estratégia saúde da família), que seriam para o Melhor em Casa e aí o atendimento domiciliar fica nessa bagunça mesmo, ele se insere tapando buracos. [...] Ele merece maior destaque, mais investimento, muito mais recurso do que tem hoje [...] se você pensar que dentro da saúde privada hoje a gente faz muito isso, dá alta para o paciente para ele terminar o tratamento em casa, e aí solicita dentro desses planos de saúde o atendimento domiciliar, para que vá enfermeiro, para que vá auxiliar de enfermagem, para administrar medicação, enfim, para todas essas coisas, e assim é um mercado que tem necessidade inclusive, senão não se moveria nesse sentido e aí estar ou não dentro do sistema único de saúde não é questão nem da gente querer, é questão que existe essa necessidade e é uma forma que a gente tem hoje de tratamento do paciente, a gente sabe hoje que não precisa tratar necessariamente dentro do hospital, consegue tratar em casa com mais conforto, o paciente não perde a noção de dia, de localização, que para idoso é muito pior, piora muito o prognóstico dele [...] se pode fazer em casa, tem que fazer, mas aí tem que ter recurso para isso, acho que é necessário, merece atenção, muito mais do que é dada. (Participante do Curso de Medicina)

É grande o número de unidades de saúde que não disponibilizam meio de transporte para os profissionais realizarem o CD, fato que dificulta os atendimentos, pois muitas unidades de saúde têm uma área de abrangência extensa, que torna o acesso ao domicílio mais demorado, diminuindo o número de pacientes atendidos durante a jornada de trabalho dos profissionais.

O sistema tem que estar preparado pra receber o aluno, o ideal seria que cada unidade tivesse um transporte para que você pudesse utilizar para o CD, porém essa estrutura não é bem organizada. (Participante do Curso de Enfermagem)

Além das dificuldades de transporte, o sistema de saúde exige de seus profissionais o cumprimento de metas de atendimentos a pacientes inseridos em protocolos e programas que atendem clientela específica, como hipertensos, diabéticos, gestantes, fato que, muitas vezes, obriga a quantidade insuficiente de profissionais da saúde a olhar especificamente para determinadas situações, dificultando a realização e a compreensão, por parte dos profissionais, de todas as nuances do CD.

[...] a gente vai discutindo [...] com o grupo de alunos, para que eles entendam como as políticas públicas hoje favorecem ou não o acesso desses sujeitos a determinadas situações necessárias para intervir naquela realidade, e uma grande questão para gente é discutir nessas políticas públicas quais são hoje as ações e intervenções previstas nos protocolos de saúde e quais são as reais necessidades de saúde da comunidade, que é muito diferente uma coisa da outra. Muitas vezes, as necessidades ficam excluídas do atendimento, não há acesso para que elas sejam atendidas no

setor saúde e se determina então pelos protocolos e programas que se atenda ao adoecimento e, às vezes, não é nessa questão que a família quer que você faça a intervenção. A gente discute muito a diferença do que é necessidade, quais são as necessidades de saúde e quais são hoje as intervenções previstas nos protocolos e programas. (Participante do Curso de Enfermagem)

O CD tem altas possibilidades de gerar bons resultados, mas, em muitos casos, isso não acontece por falta de planejamento e de profissionais mais dedicados à área. Nesse sentido, espera-se que, com o Programa Melhor em Casa, essa realidade seja transformada, pois com os investimentos federais e municipais será possível proporcionar transporte às equipes, bem como a clientela a ser atendida deverá ser ampliada, possibilitando que mais pessoas sejam cuidadas em casa.

Cuidar no domicílio é uma possibilidade de alteração da visão hospitalocêntrica, mas, para que isso aconteça, os profissionais e a própria população precisam saber dessa possibilidade de atuação, e são poucos os profissionais que têm formação específica nessa área.

Ademais, é desgastante o trabalho na comunidade por ser difícil a mudança da realidade, sendo que a falta de recursos humanos, materiais e a estrutura dos serviços gera grandes obstáculos ao desenvolvimento do CD. Existe ainda o receio de que eventuais erros que possam ocorrer por falta de estrutura do sistema penalizem os profissionais e não o SUS.

Porque ninguém vai trabalhar com insegurança, com falta de recurso, com remuneração baixa e arcando [...] com o meu CRM<sup>7</sup> [...] se qualquer coisa der errado, o SUS não vai ser responsabilizado, eu vou ser responsabilizada como indivíduo, só que eu dependo de uma estrutura que é coletiva. (Participante do Curso de Medicina)

A organização e o planejamento do CD podem diminuir a fila de espera de pacientes que necessitam desse tipo de cuidado, como, por exemplo, a criação de equipes volantes de profissionais para atender as unidades básicas saúde que não têm ESF ou o Programa Melhor em Casa. Esses profissionais vão ao domicílio para identificar as necessidades do paciente e encaminhá-los para as especialidades necessárias. Ou ainda, programas específicos, como programa de dietas, em que

---

<sup>7</sup> A entrevistada utilizou a sigla CRM que significa Conselho Regional de Medicina.

pacientes que utilizam dietas especiais recebem visitas domiciliares da nutricionista que vai ao domicílio com meio de transporte que o município oferece.

Com o aumento de unidades ESF e da habilitação e implantação de equipes do Programa Melhor em Casa, mais pacientes poderão ser atendidos no domicílio. No entanto, há pacientes graves que demandam cuidados mais especializados que a equipe da ESF não pode oferecer.

A iniciativa privada oferece outras possibilidades de atuação no domicílio aos profissionais de saúde, a citar: quando atuam como representantes de empresas que vendem nutrição enteral, parenteral ou suplementação e que vão ao domicílio para avaliação nutricional do paciente para verificar a adaptação com a dieta ou necessidade de sua troca; como *personal diet*, ao realizar atividades como higienização de alimentos, organização na geladeira, cuidados com refrigeração, porém somente pessoas com maior poder aquisitivo podem desfrutar desse serviço; quando cuidam clinicamente de pacientes com diferentes patologias, podendo atuar em todos os aspectos de nutrição e segurança alimentar; atuando de forma autônoma ou ligado a alguma empresa de *home care*.

Eu sei que existem (nutricionistas) que fazem o CD particular [...]. Na iniciativa privada, conheço nutricionistas que realizam esse cuidado por serem representantes de alimentação enteral, parenteral ou suplementação [...] a nutricionista vai até a residência e realiza esse cuidado nutricional [...] ela vai fazer o acompanhamento nutricional do paciente para ver se a alimentação está sendo suficiente, se precisa trocar. (Participante do Curso de Nutrição)

Não são todas as pessoas que podem desfrutar do CD que é oferecido pela iniciativa privada, pois os atendimentos têm valor alto e somente famílias com melhor poder aquisitivo podem adquirir. Porém, com o crescente número de empresas prestadoras de algum tipo de assistência no domicílio, os custos tendem a diminuir pelo aumento da concorrência.

É notório que o CD está presente no sistema de saúde, porém não contempla 100% da população, não está totalmente estruturado e não tem o quantitativo adequado de recursos humanos que, em geral, não têm formação específica para isso. Assim, constata-se a necessidade de ampliação da organização do sistema para promover o CD de forma adequada a toda a população, por se tratar de uma modalidade de cuidado em expansão que traz muitos benefícios aos pacientes e familiares.



#### 5.4.2 Dialogando multiprofissionalmente sobre o CD

No CD, a equipe multiprofissional tem papel fundamental, pois permite maior possibilidade de que as necessidades da família sejam atendidas. Constata-se durante o estágio em CD que, quando necessária, é solicitada a atuação de outros profissionais, porém pode acontecer de a atuação multiprofissional não ser visualizada pelos acadêmicos, visto que esses profissionais podem atuar em momentos diferentes.

[...] fazemos a visita junto com a ACS ou pode ser uma técnica em saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal que está disponível, o próprio preceptor e, às vezes, tentamos, quando a enfermagem pode ir junto, acompanhar para que eles (acadêmicos) possam ter uma noção de como é fazer uma visita junto com a equipe da unidade. (Participante do Curso de Odontologia)

É possível perceber a atuação, de maneira positiva ou negativa dos profissionais de saúde nesse processo. O enfermeiro é o profissional da área da saúde que, normalmente, está mais presente nas discussões do grupo, por conhecer a região, ter maior contato com a família e ser o responsável pela continuidade do cuidado, no entanto, quando esse profissional não se insere nas discussões e não auxilia nas atividades, é considerado indiferente pelos acadêmicos.

Eu achei que não houve retorno nenhum da unidade de saúde, porque nós passávamos algumas coisas e a enfermeira parecia que não se preocupava muito com aquilo, a família também tinha uma certa resistência, um problema meio que pessoal com a enfermeira. Parecia que a enfermeira meio que criou uma resistência a eles (família) [...] ela não se propunha a discutir com a gente, ajudar, passar alguma coisa, era muito passiva. (Participante do Curso de Enfermagem)

Muitas vezes há dificuldade das enfermeiras participarem das visitas domiciliares pela demanda de atividades existentes na unidade de saúde, ainda assim, os outros profissionais solicitam a opinião delas sobre os casos por atuarem há mais tempo na ESF e solicitam sua presença no domicílio, pois muitas vezes familiares e cuidadores não sabem realizar o cuidado.

Os nutricionistas não fazem parte da equipe de ESF, porém são acionados pelos outros profissionais quando o paciente requer cuidados nutricionais. As nutricionistas são um diferencial na unidade de saúde, pois há muitos pacientes

diabéticos e hipertensos que necessitam de orientação e acompanhamento nutricional.

[...] a gente tinha um apoio da nutrição, de poder ligar para a nutricionista e dizer: 'olha, de tal paciente eu não sei fazer'. (Participante do Curso de Medicina)

O CD realizado pelos farmacêuticos existe há anos, porém, com o crescimento da indústria, ele foi sendo deixado de lado e precisa ser resgatado. A ação do farmacêutico na iniciativa pública pode ser melhorada com a divulgação para os pacientes e equipe multiprofissional das atividades que o farmacêutico realiza, sendo que o acompanhamento farmacoterapêutico cria um vínculo entre profissional e paciente, que traz benefícios para ambos.

[...] historicamente [...] o farmacêutico era um profissional mais de bastidores, que está produzindo medicamentos, que está na indústria, que está fazendo, preparando medicamentos, manipulando medicamentos numa farmácia, às vezes, dispensando medicamentos [...] e aquele contato contínuo com o paciente era muito raro e tem se intensificado agora, mas ainda falta muito, acho que é um longo caminho para ser seguido, e esse caminho começa na universidade, na formação dos alunos, mostrar que eles têm a possibilidade de fazer isso e aqueles que tiverem a vocação, se interessarem, então eles vão plantando a sementinha, que pode brotar mais adiante. (Participante do Curso de Farmácia)

Embora haja demanda para atendimento farmacêutico domiciliar, trata-se de uma área que está ganhando força no Brasil com necessidade de ser ampliada. Houve um incentivo a partir da Resolução de Diretoria Colegiada nº. 44, que insere o farmacêutico na atenção domiciliar, porém é preciso conscientização do SUS da necessidade da inserção do farmacêutico nessa área.

Atualmente, os farmacêuticos não atuam diretamente na ESF, mas no NASF, com pouca atuação nos domicílios. O CD somente ocorre quando solicitado por outro profissional, porém isso acontece raramente. A presença do farmacêutico no CD no sistema de saúde atual é pouco expressiva, no entanto, há possibilidade de atuação para esse profissional com a equipe multiprofissional no acompanhamento e orientação terapêutica medicamentosa. Os outros profissionais saúde não percebem a possibilidade do farmacêutico atuar no CD, sendo necessário mais divulgação dessa possibilidade de atuação.

As ações da equipe multiprofissional são necessárias no domicílio, pois os médicos referem que a enfermagem tem domínio na realização e orientação de

curativos e que os nutricionistas são os profissionais mais adequados para avaliação e indicação nutricional. Os médicos destacam que sabem generalidades das áreas, mas não o suficiente para atuar sem a equipe multiprofissional.

Eu percebia muita necessidade (de discussões multiprofissionais) [...] porque a gente (médicos) sabe generalidades também de dieta, assim como a gente sabe generalidades de curativos, generalidades de exercícios, enfim, médico é bem falho nessas coisas, tudo que tem outros profissionais hoje que dão conta a gente não sabe [...] e daí era legal quando a enfermeira estava junto porque infelizmente a gente não sabe nada de curativo, e daí para poder fazer as orientações de como é que faz a higiene, como é que faz a troca, quantas vezes no dia, o que é que usa, como é que descarta material, todas essas coisas. (Participante do Curso de Medicina)

Existem dificuldades quando os pacientes necessitam da atuação de fisioterapeutas, psicólogos ou fonoaudiólogos em decorrência do reduzido número desses profissionais atuantes na atenção primária. Assim, as visitas basicamente são realizadas pelo médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem e pelos ACS, que são os profissionais que estão mais próximos das famílias.

Portanto, considera-se a atuação multiprofissional no CD falha. Há relatos de que os demais profissionais de saúde se desresponsabilizam pelo atendimento quando o médico está presente e que diversos profissionais atuam de forma mais pontual, sem realizar um atendimento integral. Existe também dificuldade em definir a responsabilidade de cada profissional no domicílio, resultando em sobrecarga sobre alguns.

Na verdade, direciona todo o cuidado para o médico, e a equipe se desresponsabiliza um pouco [...] na verdade, não é bem definida uma responsabilidade para cada um [...] é o que eu sinto. (Participante do Curso de Medicina)

Reuniões anteriores às visitas possibilitam uma melhor divisão de tarefas com responsabilização dos diferentes profissionais, avaliando, inclusive, quais profissionais devem estar presentes. E as discussões multiprofissionais posteriores ao CD são necessárias para uma visualização integral do paciente, pois há casos que intervenções pontuais não resolvem o problema. As discussões ampliam as possibilidades de cuidados ao realizarem estudos dos casos e proporcionam também amadurecimento teórico e técnico sobre o CD.

A sua responsabilidade como profissional de saúde é para além daquela sua área [...] quando a nutricionista vai junto nas visitas domiciliares [...] você tem um profissional que olha questões de acesso e disponibilidade de alimentos, que é um fator importante [...] E como a equipe de enfermagem pode contribuir para melhorar as condições de vida dessa pessoa que está acamada? E assim vamos trocando os saberes. (Participante do Curso de Nutrição)

Desde a graduação menciona-se a necessidade de discussões multiprofissionais, porém elas não acontecem de forma abrangente e sem periodicidade adequada. Há discussões de casos que ocorrem com diferentes profissionais da área da saúde, inclusive com a autoridade sanitária local, porém não chegam a atuar no mesmo momento no domicílio.

Outra possibilidade de interação multiprofissional ocorre pela comunicação por telefone ou *e-mail* com outros profissionais quando o encontro presencial não é possível, pois há incompatibilidade de horários nos dias de reunião de equipe, o que contribui para a ausência de muitos profissionais. Essa falta de interação entre os diferentes profissionais é considerada um ponto negativo do CD, assim, por ser um trabalho solitário, muitas vezes, os profissionais procuram seus pares que também atuam no CD para discutir os casos.

eu fui me desenvolvendo, perdendo um pouco daquele medo de atuar, de estar sozinha só eu, o paciente e o familiar. Eu tinha mais confiança [...], quando atuava num ambiente que tinha outros profissionais, que eu até podia trocar uma ideia [...] isso me fez sentir mais segura. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

O processo de trabalho é organizado de uma forma que não privilegia momentos de discussão entre os diferentes profissionais da equipe de saúde e ações de cuidado conjuntas. Somado a isso, o sistema de saúde cobra dos profissionais o atendimento a outras demandas que não o cuidado prestado no domicílio. Tais fatos podem influenciar negativamente a realização do CD. Assim, os profissionais precisam estar atentos à importância das atividades multiprofissionais, buscando estratégias para que elas de fato ocorram e viabilizem a realização de um CD apropriado.

## 5.5 TRANSFORMANDO O PENSAMENTO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM CD

A categoria “Transformando o pensamento sobre a formação profissional em CD” é formada por três subcategorias, conforme explicitado no Diagrama 5.

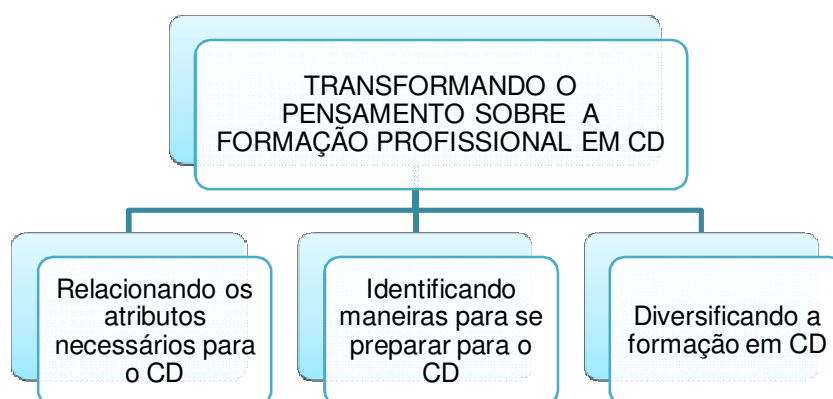


DIAGRAMA 5 - CATEGORIA “TRANSFORMANDO O PENSAMENTO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM CD” E SUAS SUBCATEGORIAS

Nessa categoria, explicita-se que os participantes reconhecem o CD como uma área de atuação importante e em crescimento, sendo necessários atributos e formação específica aos profissionais que atuam no domicílio. Assim, identificam formas para se preparar para o CD, bem como sugerem as maneiras para preparo nessa área.

### 5.5.1 Relacionando os atributos necessários para o CD

Muitos conhecimentos e características pessoais necessárias aos profissionais que atuam no domicílio foram elencadas como fundamentais para que o cuidado seja efetivo.

O CD não acontece se o profissional não tem conhecimento científico para saber solucionar as situações apresentadas. É preciso ter conhecimento sobre o processo de adoecimento do paciente para poder orientar e esclarecer dúvidas. É necessário saber realizar procedimentos, porque a destreza manual no CD é

fundamental, pois muitas vezes o profissional está sozinho no domicílio e terá que resolver a demanda advinda do paciente e seus familiares<sup>8</sup>.

Primeiramente conhecimento científico [...] tudo que abrange o biológico do ser humano, porque chega lá e tem que fazer, tem que saber fazer, não adianta só chegar lá saber do contexto e não saber fazer o procedimento, saber sobre as redes de apoio [...] saber identificar o contexto do paciente. (Participante do Curso de Enfermagem)

Indica-se aprofundamento teórico sobre as questões específicas do CD, conhecimento das questões clínicas e de saúde pública que incluem as políticas públicas de saúde e ações de promoção da saúde e, também, conhecimento prático.

É preciso saber os motivos da necessidade do CD, bem como saber identificar as questões sociais presentes no domicílio.

É preciso o conhecimento que a gente recebe na universidade [...] sobre as dietoterapias, acho que a questão clínica, a questão de saúde pública, do que está acontecendo no domicílio, por que estamos indo naquele domicílio, as questões sociais. (Participante do Curso de Nutrição)

Para o paciente confiar no profissional e permitir que o cuidado seja realizado, é preciso mostrar empatia, carisma e saber se comunicar para assim se aproximar e estabelecer vínculos que facilitarão o desenvolvimento das ações.

A paciência é fundamental para atuar no CD, pois o andamento das atividades varia de acordo com a disposição do paciente, por exemplo, horário em que acorda, horário das refeições, quanto tempo deseja permanecer no banho, assim, os profissionais precisam desenvolver a habilidade de negociação para que as situações beneficiem a ambos.

Saber observar é indicado ao atuar no CD, pois apenas estar no domicílio não garante um cuidado efetivo e eficaz. É preciso observar as relações e o contexto para, assim, atuar de acordo com a realidade.

Eu acho que, em primeiro lugar, tem que ter muita observação [...] antes de falar qualquer coisa, primeiro tem que observar e conhecer muito aquele paciente e o lugar onde ele mora [...] ter conhecimento

---

<sup>8</sup> Destaca-se que essa é a dimensão instrumental do cuidado, que é caracterizada pelas ações físicas desempenhadas, relacionadas a papéis que cumprem expectativas sociais, incluindo processos de cuidar permeados por saberes e fazeres, tendo uma orientação a longo prazo (PERSEGONA *et al.*, 2007).

científico, conhecimento dessas redes de apoio, conhecimento de como observar, do que observar, tem que ter habilidade para conversar também, habilidade no relacionamento interpessoal, também tem que saber ouvir. Nossa! Enfermeira do CD tem que ter muita coisa. (Participante do Curso de Enfermagem)

E preciso também ser ético, que é agir profissionalmente de acordo com o Código de Ética de cada profissão em qualquer ambiente de trabalho. O domicílio proporciona o conhecimento de particularidades que não foram relatadas, mas sim percebidas, sendo imprescindível agir eticamente diante das situações presenciadas no CD.

Destaca-se saber sobre a abordagem adequada ao entrar no domicílio, capacidade de identificação da realidade, do contexto de vida das pessoas e das relações familiares, saber ser discreto e realizar poucas perguntas sem julgar a situação encontrada, saber trabalhar com realidades diferentes, que incluem situações de pobreza, carência e ignorância, capacidade de diálogo e de enfrentamento e superação de novos desafios.

Saber lidar com as pessoas, [...] ter um diálogo bom, não ter aquele olhar de julgar a pessoa ou demonstrar que você está desaprovando alguma coisa, para pessoa ser receptiva com você também, você tentar criar confiança. (Participante do Curso de Nutrição)

A criatividade é atributo essencial ao realizar o CD, pois existem dificuldades encontradas no domicílio que precisarão ser superadas para que o cuidado realmente aconteça. Assim, ser criativo possibilita ao profissional maior facilidade na superação de obstáculos. É preciso também saber advogar em prol de paciente e familiares que, muitas vezes, não têm conhecimento sobre seus direitos.

### 5.5.2 Identificando maneiras para se preparar para o CD

O CD é uma área de atuação presente no sistema de saúde, porém, muitos discentes e egressos se consideram despreparados e inseguros para atuar no domicílio em decorrência da inexperiência que têm.

Eu acredito que hoje se pensar o cuidado como execução de procedimentos adequados a determinada realidade, os acadêmicos saem preparados, mas se pensar que o CD tem uma dimensão muito mais ampla,

que é compreender a realidade das pessoas [...] eu acho que não.  
(Participante do Curso de Enfermagem)

Assim, para adquirir os atributos essenciais aos profissionais que desenvolvem ou pretendem desenvolver o CD, os entrevistados referem que é necessário estudar, por meio de referenciais teóricos, artigos, estudos de caso, pós-graduações e cursos de atualizações específicos na área. O conhecimento científico permite maior tranquilidade e confiança no desenvolvimento do CD.

É preciso buscar especificidades de cuidado de acordo com as necessidades do paciente e familiares, pois diferentes clientela com inúmeras solicitações diferentes podem ser atendidas no domicílio. Portanto, saber articular conhecimentos é essencial para tentar cuidar da totalidade das pessoas envolvidas nesse processo.

Eu acho que não tem muito como mensurar de que conhecimentos a gente vai precisar, vai depender do que o paciente vai demandar, aí a gente tem que correr atrás se forem situações com as quais não estamos habituados. Tem que buscar mesmo, leituras, enfim, outras coisas para poder atingir o objetivo. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

A prática permite aperfeiçoar os conhecimentos sobre o CD proporcionando o crescimento profissional. Assim, é possível preparar-se ao trocar experiências com profissionais que já atuaram ou atuam no CD, bem como observar a atuação desses profissionais.

Destaca-se que atuar inicialmente com outros profissionais, preferencialmente da equipe multiprofissional de saúde, facilita o início da atuação no CD, pois os profissionais mais experientes transmitem maior segurança no momento do cuidado.

Realmente no começo eu ia para fazer visita de ouvir, não orientava nada, eu ia junto com a equipe para escutar. Aos poucos, eu fui me inserindo para dar orientações [...] você chega sem bagagem nenhuma, você não sabe o que orientar, o que procurar na casa do paciente, o que perguntar, só com o tempo é que vai aprender. Eu acho que ainda tem muita coisa para aprender, para ver. (Participante do Curso de Farmácia)

É preciso iniciar as atividades com cautela, pois não sabem quais perguntas e orientações devem ser realizadas; aprimorar seus conhecimentos na prática com a vivência em CD, pois normalmente tendem a impor as orientações sem considerar os aspectos globais do paciente, situação que se aprimora com o passar do tempo;



saber superar obstáculos encontrados; utilizar a experiência pessoal como forma de melhorar o desempenho profissional e resgatar os conteúdos de diferentes áreas aprendidas e vivenciadas durante a graduação, que serão relevantes ao se considerar o aspecto global do paciente.

Eu acho que a gente aprende muito também na prática, porque quando eu entrei na Prefeitura eu não tinha ideia do que era o SUS, não fazia ideia, muito menos de visita domiciliar, estratégia da família, nada. Quando você vem, você passa a ter um outro olhar [...] às vezes, é muito fácil ir para unidade e fazer as orientações: 'ah, você chega em casa e coloca na geladeira a insulina', mas quando você vai lá na ponta, eles não têm energia elétrica em casa, aí eu acho que a gente acaba aprendendo muito, a gente aprende a conversar com o paciente de um modo diferente, primeiro perguntar as coisas que ele tem e o que ele faz, aí descobrir o porquê em vez de mandar [...] é questão mesmo de negociar, eu aprendi muito a escutar o paciente primeiro para depois poder orientar ele em cima do que ele já faz ou deixa de fazer, então acho que eu aprendo muito com eles, principalmente a escutar. (Participante do Curso de Farmácia)

Estudar e praticar o CD são maneiras de se preparar para atuar nessa área, sendo outra possibilidade de aprimoramento os cursos e atividades promovidas pela secretaria municipal de saúde. Ressalta-se que cada atitude tomada para se preparar para o CD exige esforço e dedicação para que de fato os profissionais consigam perceber as especificidades de atuar no domicílio.

### 5.5.3 Diversificando a formação em CD

De uma maneira geral, os participantes consideram a formação em CD falha, pois os cursos de graduação abordam muitas generalidades, sem, no entanto, abordar as especificidades do CD, fazendo com que o profissional analise os casos com uma lógica hospitalar que não se aplica à realidade do domicílio, sendo necessária uma formação mais voltada para a saúde da família e à comunidade.

Assim, indica-se a necessidade de mais disciplinas que abordem a questão de saúde da família, comunidade e CD, e que elas sejam ofertadas dos períodos iniciais ao final da graduação, pois quando são ofertadas apenas no início do curso, há maior possibilidade dos acadêmicos não despertarem para atuação no domicílio.

Eu acho que o CD deve estar nos seis anos do curso, de forma contínua e semanal. Que o aluno [...] tenha como parte de suas atividades rede básica

de saúde e entre as atividades da rede básica da saúde, a visita domiciliar. Não precisa ser toda semana, pode ser que ele faça uma visita mensal, mas que o aluno vivencie isso em todo o processo do curso. Enquanto ele está desenvolvendo atividades clínicas hospitalares ao mesmo tempo ele está desenvolvendo habilidades de visita domiciliar, caso contrário, há uma hierarquização e eles pensam assim: 'isso é coisa do primeiro ano e eu já fiz, agora eu não preciso mais [...] eu vou ser médico, e para ser médico eu vou atuar no hospital'. (Participante do Curso de Medicina)

Ademais, a inserção de conteúdos referentes ao CD em diferentes disciplinas desde os períodos iniciais da graduação possibilita um melhor preparo dos acadêmicos, pois há possibilidade de realizarem visitas domiciliares durante toda a graduação.

Ampliação da carga horária de disciplinas de antropologia e sociologia pode facilitar no processo de cuidar de pessoas, inclusive no seu domicílio.

Acho que mais para frente, com a evolução do currículo, teremos mais disciplinas da área de humanas que a gente quase não tem, por exemplo, antropologia, sociologia a gente não tem muita coisa disso, que voltem o farmacêutico a ter uma formação no trato com o paciente. (Participante do Curso de Farmácia)

Além da inserção do CD em diferentes disciplinas, para que o processo de ensinar e aprender o CD se concretize, é importante que durante a graduação exista uma carga horária específica destinada a essa área, por se tratar de um campo de atuação em expansão que merece profissionais capacitados atuando.

Eu acho que seria bem importante ter uma carga horária específica para esse cuidado. (Participante do Curso de Nutrição)

Nesse sentido, integrar conteúdos da área clínica no domicílio com atividades que permitam a junção da clínica hospitalar à visita domiciliar; possibilitar o retorno ao mesmo domicílio com o intuito de criar vínculos com a família; diminuir a fragmentação das disciplinas; utilizar referenciais teóricos específicos do CD durante as aulas; ensinar formas de abordagem e maneiras de se portar no domicílio; discutir casos; trabalhar questões epidemiológicas, familiares e de educação em saúde são aspectos sugeridos.

Que o aluno possa desenvolver atividades clínicas hospitalares ao mesmo tempo em que ele está desenvolvendo habilidades de visita domiciliar. (Participante do Curso de Medicina)

Sugere-se, também, que a quantidade de hora/aula seja adequada para o desenvolvimento de habilidades específicas, pois é preciso que os acadêmicos compreendam as questões específicas do domicílio, do contexto domiciliar, do cuidador e das relações familiares, bem como consigam acompanhar a evolução do paciente que é cuidado no domicílio.

A prática eu acho que foi muito boa, mas foi pouco, não deu para ver uma evolução do paciente, para ver o que a gente estava aplicando. Isso não conseguimos, precisava acompanhar mais, precisava ser maior a carga horária, porque o estágio é muito rico, eu achei muito rico, tanto em conhecimento para Enfermagem quanto para lição de vida também. (Participante do Curso de Enfermagem)

É essencial um docente *expert*, experiente na área, que perceba as nuances do CD e seja capaz de instigar e sensibilizar os acadêmicos para a atuação no domicílio.

A forma como a professora sensibiliza o assunto é importante também, pois tem aluno que não tem um tato para lidar com as pessoas, para lidar com o ambiente, para lidar com o contexto, não se sensibiliza com aquilo e isso é importante, eu acho importante, eu me sensibilizo e eu acho que é superimportante você ver o que está de errado [...] você sai com uma visão do cuidado domiciliar, eu acho uma pena que nem todos os cursos tenham (carga horária específica para o cuidado domiciliar) e existem outros cursos que não têm e mesmo assim atuam no CD, mas poderiam contribuir muito mais para o CD se tivessem essa disciplina. (Participante do Curso de Enfermagem)

O docente com experiência em CD domina o conteúdo, tem muitos exemplos para ilustrar as aulas, bem como tem maior facilidade em considerar os conhecimentos prévios dos acadêmicos acerca do tema, provoca maior interesse nos estudantes e proporciona melhor aprendizado, além de amenizar a ansiedade deles nos momentos prévios ao início do estágio. Portanto, a presença do docente em campo de estágio é fundamental.

Quando o docente conduz projetos de iniciação científica que abordam o CD, ele contribui para o desenvolvimento científico da área ao investigar diversas perspectivas, bem como favorece o aprendizado dos acadêmicos bolsistas que se inserem em tais projetos, que, ao colaborarem em pesquisas, aprimoram seus conhecimentos referentes às questões conceituais do CD e às metodológicas utilizadas nas pesquisas.

Projetos de extensão em CD permitem ao acadêmico sair dos limites da sala de aula e se deparar com a realidade dos pacientes e, assim, ter um diferencial nessa área. As atividades desenvolvidas no programa Pet-Saúde também permitem a aproximação com o CD.

No Pet, a gente fazia avaliação nutricional das pessoas no domicílio. Depois, discutíamos entre nós estagiárias do Pet sobre o que fazer, como fazer. Discutíamos também com o próprio médico, com a equipe de enfermagem, a gente discutia sobre o problema que o paciente apresentava e como iria atuar. (Participante do Curso de Nutrição)

Os acadêmicos precisam estar cientes que, após atendimento em ambiente hospitalar, ambulatorial ou em unidade de saúde, o paciente e seus familiares retornarão ao domicílio e darão prosseguimento aos cuidados nesse ambiente.

No ambiente hospitalar, como as coisas são muito imediatas, você cuida só daquilo que o paciente apresenta. Não tem muita importância o que vai acontecer depois, porque você não acompanha, não existe a ligação hospital/unidade de saúde/domicílio. [...] o acadêmico precisa entender que ele vai ter que se preocupar com esse sujeito a partir do momento que ele saiu do ambiente hospitalar e foi para o seu domicílio. (Participante do Curso de Enfermagem)

Para que o CD seja ampliado, é fundamental estabelecer parcerias com as unidades de saúde que realizam o CD e com as equipes do Programa Melhor em Casa, com a inserção de estágio com carga horária adequada, que permita ao acadêmico o trabalho direto com as pessoas e não apenas no laboratório, pois muitos deles se sentem despreparados para se inserir no domicílio e prestar cuidado ao paciente.

O aumento das atividades práticas com presença de preceptores que tenham vivência em CD proporcionará maior segurança aos futuros profissionais que, em geral, apresentam muitas dúvidas em decorrência da falta de abordagens práticas durante a graduação e permitirá o aprendizado do raciocínio clínico, pois terão que realizar diagnósticos sem o aparato tecnológico disponível nos hospitais.

Os grupos de trabalho devem ser formados com poucos estudantes a fim de promover maior possibilidade de atuação, tornando o processo de ensinar e aprender mais atrativo e efetivo.

[...] acho que faltou tudo assim de orientação, não sabia no começo o que fazer com os remédios [...]. Enfim, coisas que eu tive que desenvolver que

eu não sei se estavam certas [...] acho que se fosse alguém que tivesse tido uma formação própria para isso, faria muito mais em uma visita domiciliar do que eu fazia [...] (Participante do Curso de Medicina)

O CD é um campo de trabalho em ascensão, porém incipiente aos acadêmicos da área da saúde por, na maioria das vezes, despertarem para áreas de atuação com mais recursos tecnológicos. Dessa forma, é essencial conscientizar os acadêmicos sobre as possibilidades de atuação profissional no CD, proporcionando maior visibilidade dessa área por ser uma tendência em crescimento pouco explorada. Sugere-se, portanto, ampliação do debate a seu respeito para que sua dimensão seja compreendida.

A formação ainda faz com que eles (acadêmicos) fiquem muito presos à técnica, então a procura pelo CD é incipiente. (Participante do Curso de Enfermagem)

Eu acho que eles (docentes) poderiam [...] explicitar um pouco mais como o cuidado domiciliar acontece, principalmente com recém-formados. Acho que isso poderia ter sido diferente, um foco maior, despertar um pouco mais nossa atenção para essa área. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

Diante do exposto, ressalta-se a necessidade de ensinar empreendedorismo na profissão; questões relacionadas à documentação, como elaboração de relatórios de atendimento para o paciente, fechamentos semestrais dos objetivos e resultados alcançados; formas de remuneração do trabalho; e maneiras de superação do medo e da insegurança de estarem sozinhos no domicílio.

Eu senti falta da orientação de como proceder com documentação, recibos [...] não tivemos, por exemplo, em uma avaliação em domicílio quanto tempo deve durar, quanto deve cobrar. (Participante do Curso de Terapia Ocupacional)

Outras sugestões incluem: transformar as disciplinas semestrais em anuais; transformar o internato em saúde coletiva obrigatório; promover discussões multiprofissionais para trocas de experiências; criação de pós-graduações que abordem a questão do CD.

Nosso internato, por exemplo, na saúde coletiva, ainda é optativo, precisa se tornar obrigatório. (Participante do Curso de Medicina)

Percebe-se a necessidade de aprimoramento das ações formativas para prática adequada do CD, que se expande diariamente e exige profissionais capacitados.

## 6 A VIVÊNCIA EM ENSINAR E APRENDER O CUIDADO DOMICILIAR NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

As múltiplas relações existentes no fenômeno “A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde” foram percebidas e interpretadas com base na coleta e análise simultânea dos dados e evidenciaram que o fenômeno tem como categoria central “Ensinando e aprendendo o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde”. A categoria central representa a ideia principal do fenômeno e se relaciona com as demais categorias, que são fundamentais para sua elucidação. Nesse estudo a categoria central não foi composta por dados, pois se percebeu durante a análise que eles eram essenciais na composição das demais categorias que compuseram o modelo paradigmático, sem que nenhuma ocupasse uma posição central no fenômeno. Assim, foi escolhida uma frase que explicitasse o tema central do estudo.

O fenômeno “A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde” tem sua **condição causal**, ou seja, sua origem representada pela categoria “Articulando conhecimentos sobre o CD”, formada pelas subcategorias “Justapondo conteúdos multidisciplinares de CD”, “Experienciando atividades extracurriculares referentes ao CD” e “Obtendo formação em CD após a graduação”.

Essa categoria e suas subcategorias explicitam que o CD é ministrado em diferentes disciplinas, fato que mostra que, embora o CD seja uma especialidade, ele perpassa diversas áreas de atuação dos profissionais de saúde, podendo ser ensinado/aprendido em diferentes disciplinas como saúde mental, saúde coletiva, geriatria, entre outras. Este fato reforça a complexidade dessa área de atuação que se relaciona fortemente a outras diferentes áreas, mostrando a necessidade de atuação transdisciplinar dos profissionais que atuam no domicílio.

No entanto, o que deve ser observado é que, embora o CD perpassasse por diferentes disciplinas, o seu ensinar/aprender não pode ocorrer de forma elementar, sendo necessário aprofundamento das suas questões conceituais, fato que muitas vezes pode não ocorrer diante de inúmeros conteúdos abordados em uma mesma disciplina, sendo reservado um tempo mínimo para discussões específicas do CD, com reduzidas oportunidades de estar no domicílio para realização do cuidado.

Destaca-se que o processo de ensinar e aprender o CD se inicia com aulas teóricas nas salas de aulas dos cursos. Portanto, a causa do fenômeno tem a mesma origem para todos os participantes, sendo a partir da vivência nas disciplinas que o processo de ensinar e aprender o CD se inicia e se desenvolve. O fato da origem do fenômeno ocorrer em uma sala de aula é reflexo do modelo pedagógico tradicional muito presente nas IES, que não vê outras possibilidades de ensinar e aprender além das tradicionais aulas expositivas que no máximo são dialogadas, mas sem introdução de metodologias ativas e de diferentes cenários de prática.

Embora o Pensamento Complexo não defina as metodologias a serem adotadas para a abertura de novas possibilidades na educação, destaca-se que métodos centrados no docente e no ensino apenas em salas de aula necessitam de mudanças, sendo necessário pensar o processo de ensinar e aprender de uma forma diferente, com maior protagonismo dos acadêmicos e diversificação dos locais de prática de forma a compreender e agir diante de novas necessidades. É preciso perceber que o conhecimento é impreciso e está sempre em movimento, sendo necessária abertura de novas possibilidades de ensinar e aprender.

Diante do exposto, ressalta-se que novas situações precisam ser experimentadas como mencionado na subcategoria “Experienciando atividades extracurriculares referentes ao CD”. Atividades extracurriculares contribuem significativamente no processo formativo em CD, pois participar de grupos de pesquisa, do Pet-Saúde, de projetos de extensão, de disciplinas optativas ou de outras atividades que permitem a possibilidade de desenvolver o CD enriquece a formação nessa área de atuação, possibilitam um aprimoramento das questões trabalhadas na grade curricular dos cursos e devem, portanto, ser estimuladas.

No entanto, a formação obtida em CD durante a graduação é muitas vezes insuficiente, contribuindo para que egressos dos cursos que têm interesse em atuar em CD procurem formação após a graduação em especializações em saúde da família, que, embora não seja específica em CD, aborda questões pertinentes ao domicílio e amplia o conhecimento adquirido na graduação, visto o reduzido número de especializações específicas em CD, conforme explicitado na subcategoria “Obtendo formação em CD após a graduação”.

A partir da identificação da causa do fenômeno se estabelecem **estratégias** para sua concretização que, nesse fenômeno, estão explicitadas na categoria



“Vivenciando a singularidade do CD”, formada pelas subcategorias “Percebendo o contexto” e “Cuidando pluralmente”.

Desenvolver atividades acadêmicas em diferentes domicílios possibilita vivenciar singularidades que não podem ser percebidas em outros ambientes de cuidado. Estar no domicílio é poder perceber suas condições estruturais, seu contexto, a dinâmica familiar, as condições e necessidades de saúde dos que ali habitam.

Diante dessas observações, é possível cuidar no domicílio ao diagnosticar a situação e assim atuar, atendendo às necessidades do paciente e da família, educar em saúde e cuidar do cuidador. Essa vivência no domicílio é única e permite um diferencial na formação, devendo ser estimulada nos cursos de graduação em saúde.

Portanto, a categoria “Vivenciando a singularidade do CD” é fundamental para materialização do fenômeno “A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde”, pois viabiliza a concretização de atividades acadêmicas no domicílio do paciente e a vivência de particularidades inerentes ao domicílio das pessoas.

Nessa categoria, são explicitadas as singularidades do CD, pois cada domicílio é único, tendo uma dinâmica própria. Porém, ao mesmo tempo, cuida-se da pluralidade dos sujeitos, ou seja, de suas diferentes necessidades, que podem ser de ordem biológica, psicológica, espiritual, social e das mais variadas situações que possam ocorrer e que englobam familiares e cuidador. Percebe-se, portanto, uma complementaridade entre situações que, em um primeiro momento, pareciam antagônicas: cuidar de forma plural em um ambiente singular.

No desenvolvimento desse fenômeno, existem **condições intervenientes** que interferem na maneira como o fenômeno acontecerá. As condições intervenientes estão explicitadas na categoria “Compreendendo as características multidimensionais do CD” e suas subcategorias “Elucidando diferenças entre o CD e o cuidado institucional”, “Adentrando o espaço íntimo do paciente”, “Percebendo a presença do cuidador e da família” e “Interagindo com redes sociais de apoio”.

Constata-se que estar no espaço particular do paciente permitirá evidenciar diferenças entre o CD e o cuidado institucional, e a maneira como essas diferenças serão percebidas influenciará no desenvolvimento do fenômeno, pois quanto maior a percepção das peculiaridades de cada domicílio, de cada família, do cuidador, da

interação com redes sociais de apoio, maior será a possibilidade de aprender que no CD existem nuances impercebíveis em outros ambientes de cuidado. Quando essas nuances não são percebidas, dificilmente são consideradas no cuidado. Portanto, a forma como são entendidas as características do CD influenciarão na vivência do fenômeno.

Considerar essas nuances permitirá que o CD seja compreendido em toda sua multidimensionalidade, com a ordem e desordem existente no interior de um domicílio, com as construções subjetivas de cada pessoa, com a presença de certezas e incertezas, deparando-se com situações que irão ocorrer ao acaso.

O fenômeno “A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde” está inserido em um **contexto** explicitado na categoria “Compreendendo o CD no sistema de saúde”, formada pelas subcategorias “Percebendo como o CD se insere no sistema de saúde” e “Dialogando multiprofissionalmente sobre o CD”.

O CD está inserido no sistema de saúde, seja na iniciativa privada ou pública. Na iniciativa privada, ocorre por meio de operadoras de saúde, e na iniciativa pública, por meio da ESF e do Programa Melhor em Casa, este último, criado em 2011.

Esse contexto influencia o fenômeno, pois com a crescente demanda de pacientes que necessitam de CD, são requeridos profissionais capacitados para desempenhá-lo. Assim, com o número significativo de pacientes que recebem cuidados no domicílio em ambas as iniciativas, é possível a abertura de novos locais de estágio que proporcionem a vivência no CD com experiências concretas de situações que ocorrem nos domicílios.

Experiências diversificantes, que fogem de padrões modelizados, proporcionam momentos de ensinar/aprender mais significativos e permitem um olhar pertinente e adequado às situações que ocorrem no domicílio.

As IES são responsáveis por uma formação que compreenda atitudes investigativas, com autonomia de consciência e problematização, no entanto, tradicionalmente, elas ensinam a separar os objetos do seu contexto, estudando-os isoladamente sem relacioná-los. Em se tratando do CD, não há um processo de ensinar e aprender significativo se o contexto não for considerado, pois interfere diretamente na maneira como paciente e familiares serão cuidados.

A percepção do contexto das situações deve ser estimulada e desenvolvida, pois cada situação está inserida em um conjunto global de ações. Dessa forma, o conhecimento progride, e o cuidado é realizado de forma mais adequada.

Ademais, vislumbra-se a possibilidade de trabalhar com outros profissionais de saúde, conforme explicitado na categoria “Dialogando multiprofissionalmente sobre o CD”, pois se percebe a necessidade de outros profissionais no cuidado, porém cada um executa suas atividades de forma independente, com pouca interação entre os diferentes profissionais.

A complexidade vislumbra a transdisciplinaridade, que é algo que transcende a multidisciplinaridade, porém, para que a transdisciplinaridade se concretize, é necessário avançar, substituir pensamentos com causalidade linear e unidirecional para causalidade circular e multirreferencial.

Como **consequência** do fenômeno, tem-se a categoria “Transformando o pensamento sobre a formação profissional em CD”, formada pelas subcategorias “Relacionando os atributos necessários para o CD”, “Identificando maneiras para se preparar para o CD” e “Diversificando a formação em CD”.

A reformulação do pensamento inicia-se quando se percebe que, para atuação no CD, são necessários atributos específicos como vasto conhecimento científico aplicado a diferentes clientela, conhecimentos específicos sobre o sistema de saúde e atuação no CD, empatia, paciência e boa comunicação. Enfim, atributos que muitas vezes passam despercebidos em outros ambientes de cuidado e que são essenciais no CD, pois denotam os cuidados expressivos que precisam estar presentes ao cuidar de pacientes, familiares e cuidadores no domicílio.

Para desenvolver esses atributos, é preciso preparar-se para o CD, compartilhando experiências entre diferentes profissionais que atuam na área, buscando material científico relacionado e quando já estão formados fazendo especialização relacionada.

Explicita-se, portanto, que, após vivenciar o processo de ensinar e aprender o CD, os participantes transformam seu pensamento a partir da vivência nesse processo, pois se deparam com tantas especificidades do domicílio que percebem que o conhecimento fragmentado, separado em disciplinas, não corresponde ao que se espera da formação tanto que sugerem a inserção do CD em diferentes disciplinas, com atuação de diferentes profissionais de saúde e maior tempo de estágio para criação de vínculos. Enfim, as consequências do fenômeno indicam

necessidade de mudança no atual processo formativo em CD para que suas particularidades sejam realmente percebidas e enfrentadas.

O fenômeno com as suas relações está explicitado no Diagrama 6.

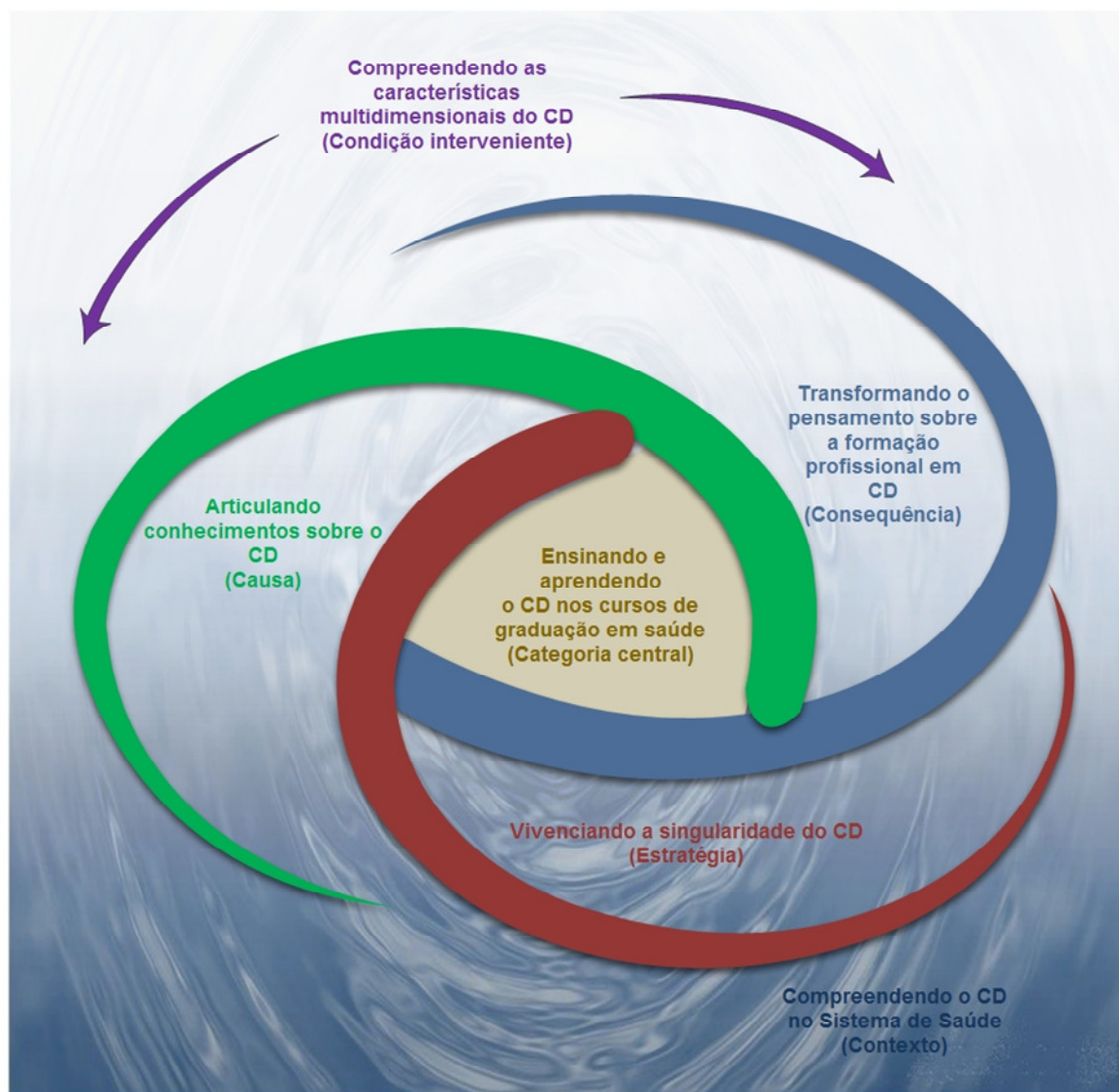


DIAGRAMA 6 – ENSINANDO E APRENDENDO O CUIDADO DOMICILIAR NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE.  
FONTE: A autora (2014).

## 7 DISCUTINDO COM AUTORES

A última etapa da TFD é a discussão dos dados encontrados na pesquisa com a literatura existente com intuito de encontrar pontos convergentes e divergentes e assim agregar o conhecimento construído na tese, com a formulação de uma teoria, com o conhecimento já existente.

Historicamente, a maioria dos cuidados em saúde era realizada nos domicílios, seja por membros da família, predominantemente mulheres, ou em classes sociais mais abastadas, por empregados. Com os avanços no conhecimento da área da saúde, o ambiente hospitalar passou a ser considerado o local preferido para a realização de cuidados (EXLEY; ALLEN, 2007). No entanto, na atualidade, devido a questões demográficas, econômicas e evoluções tecnológicas, há uma crescente demanda no CD (SCHEEPMANS *et al.*, 2012).

A generalização e as melhorias no CD contribuem para a descentralização dos cuidados hospitalares, que podem, muitas vezes, ser desumanos com a hiperespecialização e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, que são mal remunerados e em quantidade insuficiente (MORIN, 2013b).

O CD tem proporcionado significativos avanços na continuidade e integralidade do cuidado, revelando o domicílio como importante espaço de cuidado e proporcionando diferentes modos de intervenção na rede de atenção à saúde, podendo contribuir para a superação do modelo hegemônico de atenção à saúde (BRITO *et al.*, 2013).

No entanto, alguns profissionais não se interessam por essa área, pois em algumas situações eles podem ter uma remuneração menor, dependendo do número de plantões ou de pacientes atendidos; existe falta de benefícios e menor desenvolvimento profissional e oportunidades que em algumas instituições de saúde (KEELING, 2010). Diante dessas dificuldades, para que o CD prossiga avançando, destaca-se a necessidade de profissionais preparados para sua realização, pois, com conhecimento científico adequado, eles poderão exigir melhores condições de trabalho e remuneração adequada.

A categoria “Articulando conhecimentos sobre o CD” mostra que a aproximação com o CD ocorre por meio de aulas teóricas e estágio nessa área. Em ambas as situações, é necessário um ambiente que proporcione qualidade nas relações entre docentes e discentes, que impactará positivamente sobre as

dificuldades existentes, “pois onde o clima é bom, a aprendizagem também é boa” (MORIN, 2013b, p. 200).

Os domicílios oferecem oportunidades de aprendizagem, no entanto, ainda pouco exploradas. Oferecer aos acadêmicos uma variedade de experiências permite que eles integrem diferentes aprendizagens e adotem posturas críticas diante das situações com que se deparam. Assim, além do CD, que é realizado a idosos, inclui-se o CD realizado a pacientes com deficiências físicas, com transtornos mentais e em diversas outras situações (KEELING, 2010).

Entre as estratégias metodológicas utilizadas, a literatura internacional destaca o uso da simulação como estratégia de aprendizagem presente no componente “Tendo conteúdo teórico de CD”, da subcategoria “Justapondo conteúdos multidisciplinares de CD”.

Existem muitos benefícios da utilização da simulação como estratégia de ensino, a citar: permitir ao acadêmico a combinação de habilidades técnicas com a dimensão expressiva do cuidado; estimular a reflexão sobre a prática clínica; apresentar situações que podem ser difíceis de serem encontradas nos locais de estágio. Tais benefícios proporcionam a rápida absorção, pelos currículos, do uso da simulação no preparo dos estudantes para a prática como forma de complementar as experiências de estágio (ROCHESTER *et al.*, 2012; DISTELHORST; WYSS, 2013).

Para que a simulação se concretize em uma valiosa estratégia de ensino, são necessários indicadores de qualidade como alinhamento da simulação aos objetivos curriculares; utilização de tecnologias e abordagens que considerem a fidelidade do ambiente reproduzido; preparação e orientação dos estudantes para esse tipo de atividade como a familiarização com manequins e equipamentos; formação adequada dos facilitadores que acompanharão a simulação; capacidades tecnológicas, como o uso de manequins; e realização de discussão, que deve acontecer imediatamente após a simulação para facilitar a reflexão sobre a prática, autoavaliação e *feedback* da experiência (ROCHESTER *et al.*, 2012).

A combinação de estratégias também é estimulada, como, por exemplo, a junção da simulação com o *role-playing* (DISTELHORST; WYSS, 2013). O uso de diferentes estratégias metodológicas pode auxiliar a superar a fragmentação e a compartimentalização do conhecimento, que, historicamente, foi dividido em disciplinas, sendo um desafio para as IES (MORIN, 2013b).

Cada vez mais os profissionais de saúde atuam em locais como o domicílio, departamentos de saúde, escolas, clínicas, ambulatórios, o que leva os cursos de graduação a considerar o uso da simulação, oportunizando o aprendizado em diferentes cenários (DISTELHORST; WYSS, 2013). Assim, trata-se de uma estratégia valiosa de ensino para preparar os acadêmicos para o CD (SMITH; BARRY, 2012).

Outra estratégia de ensino utilizada para ampliar a aprendizagem dos acadêmicos é a tutoria por pares, em que acadêmicos de períodos mais avançados auxiliam os acadêmicos de períodos iniciais. As vantagens potenciais desse tipo de estratégia incluem a redução da ansiedade do estudante, sendo um método de baixo custo para as IES, porém se os tutores não estiverem bem preparados cientificamente, os ganhos em relação a pensamento crítico e resolução de problemas serão sempre maiores com o docente (BRANNAGAN *et al.*, 2013).

No componente “Realizando estágio em CD”, explicita-se que é preciso estar no domicílio para compreender as especificidades desse tipo de cuidado. Assim, o CD deve ser um campo de estágio ofertado aos acadêmicos, mesmo que por um período curto, para permitir que eles possam decidir se gostariam de trabalhar nessa área. Os acadêmicos que realizam estágio nos domicílios consideram a experiência benéfica (KEELING, 2010).

É salutar no processo de ensinar e aprender o CD a superação de disciplinas isoladas que impedem o conhecimento de problemas vitais, ocultando as conexões e complexidades existentes no ser humano. A área da saúde tende a fragmentar o ser humano em sistemas e órgãos, desconsiderando sua multidimensionalidade (MORIN, 2013b).

Para início da compreensão dessa multidimensionalidade, é preciso que os acadêmicos recebam orientações antes da realização do CD (SMITH; BARRY, 2012), conforme mencionado no componente “Recebendo orientações antes de ir ao domicílio”, e realizem atividades mencionadas no componente “Desenvolvendo atividades acadêmicas”. Além dessas atividades, destaca-se que o uso do portfólio no desenvolvimento do CD possibilita uma avaliação mais profunda dos estudantes e do processo de ensinar e aprender o CD (CABRERA; TURINI; PACCOLA, 2008).

Por permitir um acompanhamento longitudinal dos pacientes e um processo de aprendizado ativo e centrado nos acadêmicos, o uso do portfólio no CD contribui para a criação de vínculos, melhora da relação discente/família, recompensa afetiva,

maior contato com a realidade, percepção dos valores dos idosos, entendimento global da doença, conhecimento da situação do cuidador, entre outros aspectos (CABRERA; TURINI; PACCOLA, 2008).

O componente “Participando de discussões sobre o CD” explicita que a discussão é uma importante ferramenta de articulação entre teoria e prática. Assim, após as simulações, os acadêmicos se reúnem com os docentes para uma discussão, que deve abordar a natureza imprevisível do CD, sendo encorajados a discutir suas percepções sobre a experiência vivenciada (SMITH; BARRY, 2012; MAGER; CAMPBELL, 2013; DISTELHORST; WYSS, 2013).

A categoria “Experienciando atividades extracurriculares referentes ao CD” menciona a possibilidade de realização do CD em programas de extensão universitária, que se caracterizam pela aproximação entre instituição formadora e sociedade e troca de conhecimentos e experiências entre docentes, discentes e população. Nesse sentido, existem projetos de extensão que visam inserir acadêmicos de diferentes cursos de graduação da área da saúde, de forma integrada e interdisciplinar, na prestação do CD para a promoção da saúde, a reabilitação de danos, de agravos e prevenção de doenças (DUARTE *et al.*, 2012).

Com a realização de projetos de extensão em CD, os acadêmicos têm um ambiente de ensino inovador e conseguem “enxergar na prática o que a literatura descreve, por vezes, como longínquo”, intervindo e gerando modificações com o cuidado realizado em domicílio (DUARTE *et al.*, 2012, p. 18).

A categoria “Vivenciando a singularidade do CD” explicita as particularidades existentes quando os profissionais de saúde atuam no domicílio. A subcategoria “Percebendo o contexto” explicita a necessidade de entender que as pessoas não são apenas órgãos, e sim seres humanos inseridos em um contexto familiar e social. Alterações e/ou perturbações nesses contextos repercutirão nas pessoas (MORIN, 2013b).

Ademais, grande parte dos agravos relaciona-se ao contexto socioecológico em que a poluição e o estresse do meio urbano provocam bronquites, asma, alergias, depressões, uso indiscriminado de tranquilizantes e soníferos (MORIN, 2013b). Assim, perceber o contexto é imprescindível no sistema de saúde, em especial, no CD.

No componente “Observando aspectos estruturais do domicílio”, são destacados pontos da constituição do domicílio, que podem influenciar no cuidado,



visto que as questões ambientais estão diretamente relacionadas à segurança do paciente, especialmente em relação aos idosos. Profissionais de saúde que realizam o CD têm uma condição favorável para avaliar o domicílio e fornecer recomendações sobre questões de segurança, sendo preciso identificar estratégias para ensinar esses profissionais sobre essas questões (SMITH; BARRY, 2012).

Um domicílio adequado para moradia e para o desenvolvimento do CD deve ter “espaço protegido das intempéries, com condições favoráveis de salubridade, privacidade e segurança”, sendo “capaz de proteger seus moradores do ambiente externo; dispor de um espaço de privacidade; e oferecer um ambiente sadio”. No entanto, com o crescimento acelerado das cidades, observam-se, muitas vezes, espaços urbanos com ambientes de pobreza, degradação ambiental, carência de serviços urbanos essenciais e residências insalubres (GIVISIEZ; OLIVEIRA, 2013, p.200-203).

Nesse sentido, as políticas habitacionais devem abordar, além da construção de novas residências, questões referentes a reformas, ampliações, requalificação de imóveis e prestação de assistência técnica, considerando a composição familiar e as diferentes etapas do ciclo de vida das famílias, de forma que as residências abriguem adequadamente famílias de composições variadas, com critérios mínimos de privacidade e conforto (GIVISIEZ; OLIVEIRA, 2013).

Destaca-se que critérios de salubridade estão relacionados a variáveis sobre a disponibilidade e qualidade de serviços públicos, como água, esgoto e energia elétrica, bem como ventilação e iluminação de cômodos (GIVISIEZ; OLIVEIRA, 2013).

Além das questões estruturais, o componente “Percebendo as condições do paciente e suas necessidades de cuidado” menciona que é preciso identificar as carências do paciente e ter habilidade para reconhecer e cuidar das múltiplas necessidades, que podem ser cognitivas, sexuais e espirituais, o que torna essa tarefa um desafio aos profissionais de saúde, pois, muitas vezes, essas carências não são tão aparentes, porém é a percepção delas que possibilita um cuidado individualizado ao considerar a personalidade e a necessidade de cada paciente e assim traçar estratégias adequadas (COOGLE *et al.*, 2008).

Conforme explicitado no componente “Identificando a dinâmica familiar”, a formação das famílias não é igual em todos os domicílios devido à mobilidade geográfica, mudança do papel das mulheres, aumento do número de famílias

monoparentais e de pessoas que vivem sozinhas (EXLEY; ALLEN, 2007). Cabe aos profissionais identificar e entender essas diferenças no momento do cuidado.

A subcategoria “Cuidando pluralmente” explicita os cuidados realizados quando se atua no domicílio, sendo que o CD deve ser constituído em torno de ideias que privilegiem um modelo biopsicossocial, com o cuidado organizado de forma flexível, que permita a criação de relações mais próximas (EXLEY; ALLEN, 2007).

Existe uma grande diversidade de problemas sociais, clínicos e epidemiológicos com os quais as equipes de saúde podem se deparar no CD. Assim, as concepções de cuidado e os conhecimentos aplicados devem estar de acordo com a realidade encontrada (PIRES *et al.*, 2013), conforme mostrado no componente “Diagnosticando a situação”.

O componente “Atuando no domicílio” explicita a dimensão instrumental do cuidado dos profissionais de saúde que atuam no CD. Existem inúmeros cuidados que podem ser realizados no domicílio e que foram citados nessa pesquisa. Além deles, uma série de outros cuidados possíveis é mencionada na literatura, a citar: trabalhar com questões de perda, morte e luto; identificar contribuições que outros membros da equipe de saúde possam dar; resolver dilemas éticos; identificar necessidades espirituais do paciente e família e saber trabalhar com elas; dialogar sobre questões de sexualidade com pacientes idosos ou com deficiências; e identificar situações de estresse (COOGLE *et al.*, 2008).

Em decorrência do elevado número de pacientes idosos, são importantes os cuidados com a administração oral de medicamentos como observar a existência de comprimidos distintos ao esperado em cada embalagem; orientar pacientes e familiares sobre descarte de comprimidos que tenham apresentação diferente da habitual e correta administração dos medicamentos; verificar a validade das prescrições médicas, ou seja, atuar na gestão de medicamentos (MAGER; CAMPBELL, 2013).

Outra questão presente no CD é a necessidade de contenção de pacientes, utilizada principalmente em idosos com deficiência cognitiva, no entanto, trata-se de um tema complexo e controverso, que envolve questões éticas. É necessário o desenvolvimento de políticas e pesquisas com as pessoas envolvidas no uso da contenção de pacientes no CD para regularizar e apoiar os profissionais de saúde nesse tipo de situação (SCHEEPMANS *et al.*, 2012).

Ao atuar no domicílio, os profissionais de saúde enfrentam desafios que são exclusivos desse ambiente de cuidado, como a presença de animais de estimação e de sujidade no ambiente de cuidado (KEELING, 2010; SMITH; BARRY, 2012). Ademais, o CD frequentemente requer a reorganização do espaço interno para acomodar os equipamentos necessários ou facilitar o acesso no domicílio (EXLEY; ALLEN, 2007).

Na subsubcategoria “Cuidando pluralmente”, existe também o componente “Educando em saúde”, que está muito presente no CD, pois muitos pacientes têm doenças crônicas ou sequelas permanentes e precisarão de cuidados contínuos. Em decorrência do grande número de erros na administração de medicamentos e do aumento da polifarmácia, é necessário ensinar paciente, familiares e cuidadores a tomar medicações corretas em horários adequados (MAGER; CAMPBELL, 2013).

O componente “Cuidando do cuidador” relata a necessidade de cuidado dessa pessoa tão importante para o CD, pois a partir do momento em que ela passa a cuidar do paciente, enfrenta mudanças que afetam seus sentimentos, seu cotidiano e suas atividades, com tendência a se distanciar da vida sociofamiliar, em decorrência das inúmeras atividades que realiza. Em muitos casos sofrerá alterações orgânicas em decorrência do cansaço e da sobrecarga ao desempenhar o cuidado, que aumenta conforme o nível de dependência do paciente e da falta de revezamento entre os familiares (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Outros fatores podem ser causadores de estresse como a imposição em ser cuidador; o cuidar solitário com pouca ou nenhuma ajuda dos outros familiares; a coabitação entre cuidador e paciente; dependência do ser cuidado; e o despreparo para solucionar situações de risco (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Nesse sentido, cabe ao profissional de saúde aproximar-se do cuidador e da sua realidade de forma a auxiliar na compreensão e na realização do cuidado; sensibilizar e ajudar a família na escolha do cuidador e na possibilidade de revezamento, tentando promover a corresponsabilidade dos diferentes membros da família em divisão igualitária das tarefas do cuidado; incluir os cuidadores na atenção dos profissionais de saúde; e mobilizar a opinião pública para a inclusão de questões referentes ao CD de pessoas dependentes nas políticas públicas de saúde (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Ao vivenciar a singularidade do CD, é possível pensar problemas individuais e coletivos, perceber ambiguidades e associar situações antagônicas, visando à complexidade (MORIN, 2013b).

Embora, na maioria das vezes, os ensinamentos universitários não mostrem a multidimensionalidade do ser humano (MORIN, 2013b), a categoria “Compreendendo as características multidimensionais do CD” explicita as especificidades desse ambiente de cuidado, demonstradas inicialmente na subcategoria “Elucidando diferenças entre o CD e o cuidado institucional”.

Nas instituições de saúde, ocorre maior padronização dos procedimentos, que são desenvolvidos de maneira unificada, porém, ao adentrar os domicílios, a lógica do cuidado se modifica, pois é possível interagir e conviver com conflitos e dinâmicas da vida privada, bem como se deparar com situações de pobreza em decorrência da condição socioeconômica da maioria da população brasileira (PIRES *et al.*, 2013). Em contrapartida, o CD possibilita aos pacientes maior poder para determinar as regras relativas aos seus cuidados (COOGLE *et al.*, 2008).

Há situações que podem ser vivenciadas somente no domicílio, como a reorganização do ambiente doméstico, em que uma sala de jantar se transforma em um quarto, sendo que tal fato pode acarretar uma grande sensação de recompensa no cuidador ao cuidar de seu familiar no próprio domicílio, reforçando laços afetivos e a relação de carinho (EXLEY; ALLEN, 2007).

O CD propicia uma atenção voltada para condições que não são, algumas vezes, valorizadas nas instituições de saúde, como a privacidade do paciente, cuidadores, familiares, bem como propicia “um cuidado inovador e singular em saúde”, sendo possível “a continuidade do cuidado como atributo para alcançar a integralidade” (BRITO *et al.*, 2013, p. 606).

No CD, existe a necessidade de responsabilização mútua entre paciente e equipe de saúde, destacando que o paciente é protagonista no seu processo saúde-doença. Assim, paciente e família devem participar ativamente “no processo de planejamento, organização, implantação e controle dos cuidados necessários”, com vistas à integralidade (BRITO *et al.*, 2013, p. 604).

Ademais, é possível a aproximação do profissional e familiares com o paciente em situações de final de vida, permitindo ajudá-los a viver da melhor forma possível até a morte, tentando acatar seus desejos (KEELING, 2010).

Salienta-se que serviços de CD podem emitir relatórios aos pacientes quando eles recebem alta para serem entregues nas unidades de saúde com o objetivo de dar continuidade ao cuidado (BRITO *et al.*, 2013)

O médico de família ao realizar o CD faz parte da casa, conhece a família, o caráter dos pais, situa o paciente em seu contexto humano, diferentemente dos médicos que tratam do paciente em consultórios, clínicas e instituições hospitalares, isolado do seu espaço doméstico e social, dos familiares e entes queridos (MORIN, 2013b).

O CD, na maioria das vezes, parece estar fundamentado em imagens românticas, com um conjunto de apoio, carinho e boas relações, porém esse contexto não se aplica a todas as realidades, que são complexas e podem mascarar tensões (EXLEY; ALLEN, 2007).

Entre as características multidimensionais do CD, a subcategoria “Adentrando o espaço íntimo do paciente” revela que o domicílio é um espaço privado do paciente, com “dimensões subjetivas e diferenças culturais que podem ser muito diferentes entre países ou classes sociais” (GIVISIEZ; OLIVEIRA, 2013, p. 200).

Por ser um espaço reservado do paciente, é preciso saber lidar com o desconforto de ter pessoas estranhas dentro da casa. Assim, busca-se criar um ambiente mais seguro que reduza a distância entre profissionais e pacientes (COOGLE *et al.*, 2008).

Nas instituições de saúde, os cuidados são prestados por uma ordenada, complexa e hierárquica divisão de trabalho, enquanto no CD, um único cuidador, muitas vezes, é responsável por cuidar do paciente e da casa, com permanência de 24 horas no domicílio (EXLEY; ALLEN, 2007).

Está implícito nos discursos de profissionais de saúde, paciente, familiares e cuidadores que o domicílio “é um espaço social onde as pessoas estão relaxadas e à vontade, onde a privacidade pode ser mantida, onde as necessidades dos indivíduos podem ser atendidas e a autonomia aumentada”. Assim, é o local preferido para o cuidado, por estar associado ao relaxamento, à manutenção das vontades do paciente, a um lugar de segurança, sendo um local para autoexpressão e construção da identidade das pessoas (EXLEY; ALLEN, 2007, p. 2319).

Acrescenta-se que o componente “Percebendo a presença do cuidador e da família” é mais uma das características do CD, que exige dos profissionais de saúde

habilidades de comunicação e profissionalismo para suavizar problemas e saber trabalhar com famílias difíceis (COOGLE *et al.*, 2008).

Nesse sentido, existem também os cuidadores com quem os profissionais de saúde irão se relacionar, pois no CD funções são exercidas por familiares ou pessoas significativas, situação impulsionada pela democratização do ambientes de cuidado, que ampliou a realização do CD, e pelo surgimento de filosofias, que incentivam o carinho e a participação da família no cuidado de seus entes (EXLEY; ALLEN, 2007).

No domicílio, os cuidadores desempenham as mais diversas funções, que variam desde trabalhos domésticos, passando por cuidados pessoais do paciente, culminando com cuidados altamente técnicos como diálise peritoneal e cuidados com fístulas, com permanência por 24 horas no domicílio quando se trata de cuidadores familiares (EXLEY; ALLEN, 2007).

A subcategoria “Interagindo com redes sociais de apoio” explicita que as redes sociais de apoio são um fator benéfico para o paciente e família, possibilitando maior cidadania, individualização, racionalização e responsabilização (SANTOS, 2009).

No CD, é possível encontrar redes de apoio para o cuidador familiar que visam contribuir para seu bem-estar, para sua relação de cuidado com o paciente e para maior integração da família com a equipe de saúde, sendo avaliadas positivamente pelos envolvidos (SARTORI, 2013).

A categoria “Compreendendo o CD no sistema de saúde” tem a subcategoria “Percebendo como o CD se insere no sistema de saúde”, que explicita que o CD é uma prática crescente no sistema de saúde, e prova disso são as tentativas de replicar o ambiente domiciliar no âmbito das instituições de cuidados em saúde, como maternidades e clínicas de cuidados paliativos, locais onde o nascimento e a morte são rotineiramente encontrados. Nesse sentido, as instituições de saúde têm procurado flexibilizar horários de visita e incentivar os membros da família a se envolver ativamente no cuidado e conhecer as necessidades do paciente (EXLEY; ALLEN, 2007).

As políticas referentes ao CD nem sempre reconhecem e consideram as relações existentes no domicílio, bem como não trazem a expectativa do domicílio como um espaço social. Muitos membros da sociedade não reconhecem as

potencialidades do domicílio, sendo um desafio mudar tais situações (EXLEY; ALLEN, 2007).

No sistema de saúde brasileiro, predominam práticas fragmentadas, que não se comunicam e que fragilizam a concretização da integralidade buscada no CD. Na ESF, existem conflitos organizacionais e assistenciais que afetam o processo de trabalho e a realização de atividades como o CD. Destaca-se o fato dos profissionais serem responsabilizados tanto pelas atividades da unidade de saúde como pelo trabalho específico da ESF, existindo grande cobrança sem condições adequadas para responder com qualidade “às prerrogativas da ESF e ao atendimento da demanda espontânea” (BRITO *et al.*, 2013, p. 608).

Ressalta-se que algumas atividades são negligenciadas para que outras sejam realizadas, sendo que o CD fica em segundo plano a fim de dar respostas à demanda espontânea, o que impede os profissionais de intervir “diretamente na comunidade e conhecer o território onde são produzidos os processos de ser saudável e de adoecer dos sujeitos, seus afetos, seus sentidos de vida, suas relações, sua cultura e seus modos de viver a vida”. A priorização de atividades burocráticas impede a percepção das questões subjetivas e relacionais (BRITO *et al.*, 2013, p. 608).

Realizar pouco o CD na ESF é uma significativa contradição, pois, de forma geral, ele visa a cuidar dos pacientes que não têm condições de se deslocar até as unidades de saúde, isto é, “quem mais precisa não consegue ter acesso por limitações físicas, e o serviço mantém oculta essa necessidade”. Diante do exposto, é evidente a necessidade de rever “e propor estratégias para a superação de lacunas existentes, para que o CD possa apresentar avanços significativos na construção de serviços e práticas mais próximos da integralidade”, compondo a rede de atenção à saúde, na tentativa de superar as práticas fragmentadas (BRITO *et al.*, 2013, p. 608-610).

É imprescindível perceber o contexto em que as situações se desenvolvem com seu conjunto, pois visões parciais são reducionistas visto que as situações têm relações mútuas, recíprocas e inter-retroações (MORIN, 2013b).

No sistema de saúde, trabalham diferentes profissionais conforme explicitado na subcategoria “Dialogando multiprofissionalmente sobre o CD”. Enfermeiros, farmacêuticos e muitos profissionais de saúde interagem com pacientes e familiares no CD (MAGER; CAMPBELL, 2013). Enfermeiras não devem ser consideradas

apenas realizadoras do cuidado, pois têm um saber empírico, pragmático e concreto que os médicos raramente têm, sendo que as trocas devem ocorrer de forma permanente (MORIN, 2013b).

A equipe multidisciplinar no CD nem sempre tem a mesma composição que em outros locais de cuidado, sendo composta principalmente por enfermeiros de diferentes especialidades (clínica, saúde coletiva, psiquiatria), médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas (KEELING, 2010).

Para que as nuances citadas sejam percebidas e consideradas no CD, é essencial a categoria “Transformando o pensamento sobre a formação profissional em CD”, que tem a subcategoria “Relacionando os atributos necessários para o CD”, em que se destaca a necessidade de apropriação do cuidado a ser realizado no domicílio, pois muitos acadêmicos se sentem pouco confortáveis e ansiosos com a realização de cuidados em ambiente em que estão pouco familiarizados (SMITH; BARRY, 2012).

A habilidade de comunicação é destacada para superar problemas e auxiliar no pensamento crítico, sendo necessária a escuta ativa, dar *feedback* significativo e comunicar ideias com clareza (KEELING, 2010; MAGER; MUELLER *et al.*, 2013; CAMPBELL, 2013). Ademais, é fundamental se antecipar às necessidades dos pacientes, saber trabalhar com seus familiares e significantes, perceber o cotidiano das pessoas envolvidas no CD, proporcionar ocupação e estimular os pacientes a terem convívio social (KEELING, 2010).

É preciso criar estratégias para evitar *Burnout*, com o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento para suportar de maneira adequada as situações de tensão e as emoções que possam existir no domicílio (COOGLE *et al.*, 2008).

Um atributo essencial no CD é abordar pacientes e familiares de forma multidimensional. Assim, é preciso saber: resolver conflitos; adaptar rotinas diárias e práticas de cuidado, considerando as preferências dos moradores do domicílio; identificar e superar obstáculos na realização do cuidado; apresentar características de liderança; saber solucionar problemas clínicos apresentados pelos pacientes; e compartilhar a tomada de decisão, planejamento e resolução de problemas com os demais membros da equipe de saúde (MUELLER *et al.*, 2013).

Além dos conhecimentos teóricos e habilidades clínicas, é preciso conhecer vários tipos de tecnologia, pois muitas empresas de CD adotam sistemas de *telehomecare* para monitorar e gerenciar os pacientes em suas casas, sendo uma



oportunidade para a gestão de doenças crônicas. Assim, existem possibilidades de crescimento do *telehomecare* e de outras inovações, sendo necessário estar preparado para isso (HAWKINS, 2012).

Na subcategoria “Identificando maneiras para se preparar para o CD”, são explicitadas as formas para adquirir os atributos mencionados, que podem ser por meio de uma pós-graduação *stricto sensu*, como ocorre nos Estados Unidos da América, que deve preparar os profissionais para a prestação de cuidados em saúde na atualidade, com a obrigação de possibilitar experiências de aprendizagens clínicas, utilizando diversos métodos de ensino (HAWKINS, 2012).

Existe também a possibilidade de treinamentos para capacitar os profissionais que realizam o CD, aprimorando suas habilidades de relacionamento, de forma que eles promovam um cuidado centrado nas necessidades do paciente, realizem educação em saúde e saibam se adaptar às situações com criatividade (COOGLE *et al.*, 2008).

Com a rápida evolução do conhecimento, a educação permanente torna-se necessária após a universidade, não somente relacionada aos saberes especializados, mas também a problemas mundiais relacionados à ecologia, economia, entre outros (MORIN, 2013b).

Nesse sentido, a subcategoria “Diversificando a formação em CD” sugere outras possibilidades de formação para atuação no CD, como as simulações, que no Brasil não são amplamente utilizadas, mas podem ganhar espaço, pois os estudantes percebem o uso de simulação como um ponto positivo e uma valiosa experiência de aprendizagem, que traz muita satisfação e autoconfiança aos acadêmicos, ampliando o pensamento crítico com diminuição da ansiedade (SMITH; BARRY, 2012; MAGER; CAMPBELL, 2013).

As simulações permitem preparar futuros profissionais para prestar cuidados em uma variedade de configurações, incluindo o domicílio, proporcionando aos acadêmicos oportunidades seguras para aprender habilidades que podem mitigar os erros e evitar danos ao pacientes, aumentando a confiança dos acadêmicos (SMITH; BARRY, 2012; DISTELHORST; WYSS, 2013).

O laboratório para simulação pode ser uma casa equipada com mobiliário doméstico e itens habituais encontrados nos domicílios e manequins de diferentes perfis e idades, com roupas casuais, incluindo manequins idosos que emitem voz para aproximar a vivência da realidade. Os estudantes devem ser distribuídos nas

atividades, sendo que existem acadêmicos que representam os profissionais e acadêmicos que participam como membros da família (SMITH; BARRY, 2012).

Os ambientes de aprendizagem podem retratar diferentes situações encontradas nos domicílios, como pacientes diabéticos com necessidade de avaliação da glicemia capilar e troca de curativo em úlcera em membro inferior, permitindo práticas seguras de aprendizagem, com avançados manequins em um ambiente muito próximo da realidade (SMITH; BARRY, 2012).

Entre as atividades a serem realizadas, espera-se que os estudantes avaliem questões de segurança do domicílio, pois são criadas situações de risco (tapetes, desordem no mobiliário, riscos de incêndio, entre outros), trabalhem com diferentes tecnologias, como a solicitação de uma resposta médica rápida por meio do *telehomecare*, com monitor de pressão arterial *bluetooth* e comunicação por meio da *internet* (SMITH; BARRY, 2012).

As simulações têm o objetivo de desenvolver, entre outras, as seguintes habilidades nos acadêmicos: saber priorizar situações de cuidado, comunicar-se de forma eficaz com outros profissionais e família, identificar preocupações, controlar questões de infecção e segurança. O cenário encontrado nas simulações que representa o domicílio, pode ser de cooperação, de dificuldade ou até mesmo de ameaça, sendo que o cuidado deve se iniciar a nível individual, em seguida, amplia-se o foco para a família (DISTELHORST; WYSS, 2013).

Por esses motivos, os educadores, cada vez mais, adotam atividades de simulação nos currículos, especialmente no ensino do CD, pois não é prático para docentes estar com vários estudantes em múltiplas casas a qualquer momento para supervisionar e garantir segurança e um atendimento de qualidade (SMITH; BARRY, 2012).

A simulação é valiosa também para professores, que são capazes de avaliar as áreas em que os estudantes precisam melhorar, utilizando o tempo de discussão para aprimorar esses conhecimentos (MAGER; CAMPBELL, 2013).

Além dos projetos de simulação, as IES devem considerar as necessidades de aprendizagem, que são únicas de cada acadêmico, o desenvolvimento adequado do corpo docente e a incorporação das melhores práticas educacionais (SMITH; BARRY, 2012).

Destaca-se que os cenários de aprendizagem devem ser capaz de permitir uma reforma do pensamento com religação de saberes, concebendo que as

questões globais se inserem nas questões locais e vice-versa, para ultrapassar o conhecimento mutilado e compreender a complexidade com a existência de ligações, interações e implicações mútuas dos fenômenos, sendo capaz de contextualizar, globalizar e multidimensionalizar, reaprendendo a pensar (MORIN, 2013b).

Além de diversificar cenários e estratégias metodológicas, é preciso ensinar civilização, complexidade e ciências humanas, aliando conhecimentos técnicos à sociologia (MORIN, 2013b).

## 8 ESTRATÉGIAS PARA APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE ENSINAR E APRENDER O CUIDADO DOMICILIAR NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPR

A formação dos profissionais de saúde que atuam no CD precisa ser fortalecida, conforme constatado nessa pesquisa. Para que a complexidade esteja presente nas ações de cuidado, são necessários avanços. Nesse sentido, serão sugeridas estratégias para aprimoramento do processo de ensinar e aprender o CD nos cursos de Graduação do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Não há pretensão de que tais estratégias sejam seguidas fielmente, pois a complexidade não tem receitas, formulários ou caminhos traçados, mas indica a necessidade de mudança. Assim, as propostas aqui elencadas são possibilidades de novas descobertas de diferentes maneiras de ensinar e aprender, vislumbrando a complexidade.

Primeiramente, são destacadas as potencialidades de cada curso explicitadas no Diagrama 7.

<b>Enfermagem</b>	<b>Farmácia</b>	<b>Medicina</b>
Produção científica sobre o CD	Utilização de diferentes técnicas de ensino	Possibilidade de desenvolver atividades extracurriculares em CD
<b>Nutrição</b>	<b>Odontologia</b>	<b>Terapia Ocupacional</b>
Projetos de extensão em CD	Reformulação curricular	Simulação do CD em laboratório

DIAGRAMA 7 – POTENCIALIDADES DOS SEIS CURSOS NO PROCESSO DE ENSINAR E APRENDER O CUIDADO DOMICILIAR

FONTE: A autora (2014).

As potencialidades de cada curso devem ser exaltadas, pois são alternativas para o aprimoramento do processo de ensinar e aprender o CD que todos os cursos podem utilizar.

O curso de enfermagem está na vanguarda das produções científicas relacionadas ao CD. Existem vários livros, capítulos de livros, artigos científicos, monografias, dissertações e teses publicadas, sendo muitos desses materiais de uma das docentes do curso de enfermagem regularmente discutidos em grupo de pesquisa de que a docente participa. Conforme mencionado nessa pesquisa, o curso de odontologia utiliza o referencial teórico sobre CD produzido pela enfermagem.

Destaca-se a necessidade de continuação da **construção do arcabouço de conhecimentos em CD** com a participação dos demais cursos da área da saúde, pois embora sejam encontrados muitos aspectos em comum, cada curso tem suas características e determinado olhar para as ações que são realizadas no domicílio. Essa construção será facilitada com o **fortalecimento de grupos de pesquisa que trabalhem com o CD** e a **ampliação de projetos de iniciação científica em CD**.

O curso de farmácia utiliza diferentes técnicas de ensino como o *role playing game*, que é um jogo de representação de papéis, em que os discentes simulam que um é o paciente e o outro é o farmacêutico. O discente, que representa o paciente, pode trazer informações reais sobre a terapia medicamentosa de familiares ou pessoas que eles conhecem, e o discente, que representa o farmacêutico, terá que prestar a assistência farmacêutica com foco nas ações a serem realizadas pelo paciente no domicílio.

**Diversificar estratégias metodológicas** possibilita maior interesse dos discentes pelo conteúdo ministrado. Destarte, utilizar a técnica do *role playing game*, realizar seminários, rodas de conversa, estudos de caso, entre outras, pode contribuir para maior envolvimento acadêmico nas questões referentes ao CD.

O curso de medicina permite que, durante o período de internato, o acadêmico escolha que atividades irá desenvolver. Entre as atividades possíveis, há um curso em saúde da família em outra IES que aborda questões referentes ao CD com discussões teóricas e desenvolvimento da prática com realização de visitas domiciliares.

Além de **permitir ao acadêmico a participação em atividades extracurriculares**, é fundamental desenvolver essas oportunidades, como, por

exemplo, a **criação de cursos ou de disciplinas sobre CD** abertos a acadêmicos de diferentes IES.

O curso de nutrição tem diferentes projetos de extensão que envolvem questões relacionadas à terapia nutricional enteral domiciliar, bem como atividades de *personal diet*. Embora as ações de *personal diet* sejam direcionadas para um público mais seletivo, é uma oportunidade de entrada no domicílio.

**Desenvolver projetos de extensão em CD** é um diferencial nos cursos de graduação, pois insere os acadêmicos na realidade encontrada nos domicílios e permite criação de vínculos com pacientes, familiares e cuidadores pela característica desses projetos permanecerem inseridos na comunidade, trabalhando com situações reais e os instiga a estudar sobre a área em que o projeto foi desenvolvido.

Nesse sentido, a **ampliação de atividades realizadas no CD desenvolvidas pelo Pet-Saúde** também aproximará os acadêmicos da realidade encontrada nos domicílios.

O curso de odontologia estava passando por uma reformulação curricular durante o período de realização dessa pesquisa. Nessa reformulação, estava prevista a ampliação da disciplina de saúde coletiva para quatro períodos ao longo da graduação - primeiro, segundo, quinto e oitavo períodos - ampliando o número das visitas domiciliares, que são a oportunidade dos discentes se aproximarem do CD.

**As reformulações curriculares** são necessárias e dão início à reconstrução de currículos desconexos com a realidade vivenciada. No momento da elaboração dessas reformulações, é preciso considerar que o CD é uma realidade presente no sistema de saúde e uma área de atuação de cada uma das seis profissões estudadas. Assim, seu conteúdo deve fazer parte da grade horária dos cursos, preferencialmente em uma **disciplina específica** ou em **carga horária específica e adequada inserida em outra disciplina, com inclusão dessa área nas ementas das disciplinas que abordarem o tema.**

O curso de terapia ocupacional tem laboratório com cozinha e banheiro adaptados, que simulam a realidade do domicílio. Nesse laboratório, os acadêmicos conseguem desenvolver aulas práticas de CD, simulando situações que podem ser encontradas quando estão no domicílio.

**Promover simulações em ambiente adaptados** é um grande avanço para o desenvolvimento de ensino do CD, pois permite que os acadêmicos se deparem com possíveis situações que ocorrem no domicílio e possam realizar discussões com docentes e colegas de classe sobre a melhor forma de atuação. Internacionalmente, essa é uma estratégia bastante utilizada no processo de ensinar e aprender o CD.

De uma forma geral, é necessário ampliar as oportunidades de realização de prática nos domicílios. **A carga horária para estágios deve ser ampliada** para que os acadêmicos possam retornar ao domicílio para acompanhar a evolução do paciente e estabelecer vínculos com ele, familiares e cuidadores. Ressalta-se que o cuidador e a família são essenciais no CD, porém só é possível utilizar ao máximo as potencialidades dessas pessoas se houver convivência entre elas e os acadêmicos.

**Fortalecer parcerias** com equipes do Programa Melhor em Casa, com unidades de saúde de distritos sanitários diferentes e com empresas privadas de *home care* possibilita novos campos de estágio, com realidades geográficas, econômicas e sociais distintas.

A realização de estágio em CD oportuniza aos acadêmicos a **vivência em equipes multidisciplinares, que devem desenvolver uma ação interdisciplinar, almejando a transdisciplinaridade**, pois o ideal não é que cada profissional aja de maneira isolada no domicílio, mas de forma integrada, com discussões de caso e um agir conjunto pensando na totalidade de pacientes, familiares e cuidadores.

Para que essa visão transdisciplinar do CD seja ampliada, são necessários **docentes experts** na área, pois eles podem despertar os acadêmicos para a percepção de particularidades presentes no CD e da necessidade de atuação transdisciplinar.

**Realizar discussões** que visem ao aprimoramento da regulamentação, implantação e execução do CD nas iniciativas públicas e privadas permitirá avanços no CD e no seu processo de ensinar e aprender.

As propostas de aprimoramento visam contribuir com o processo de ensinar e aprender o CD, possibilitando aos futuros profissionais dos seis cursos estudados uma formação capaz de prepará-los para atuar nos domicílios de forma mais segura, com foco nas singularidades de cada paciente, familiar e cuidador.



## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de pacientes que necessita de cuidados de saúde a serem realizados no domicílio é crescente, o que direciona o Estado a ampliar as possibilidades de oferta desse tipo de cuidado, bem como regulamentar sua prestação. Os conselhos de classe dos profissionais de saúde caminham no mesmo sentido ao regulamentar as atividades que seus profissionais poderão realizar no domicílio.

As iniciativas de ampliação e regulamentação do CD são plausíveis, pois vão ao encontro das necessidades de saúde da população que, além do cuidado institucional realizado em hospitais, unidades de saúde, clínicas, precisa ser cuidada no seu domicílio, muitas vezes, por impossibilidade de se deslocar às instituições de saúde ou por já terem recebido alta institucional, necessitando continuar com seu cuidado em casa.

A formação dos profissionais de saúde não tem conseguido acompanhar com igual velocidade os avanços na área do CD. Existem poucas pesquisas sobre como as IES formam seus acadêmicos para essa área de atuação, bem como é reduzido o número de IES que direcionam seu ensino para questões conceituais do CD. Observa-se que grande parte dos estudantes tem possibilidade de realizar visitas domiciliares, sem, no entanto, terem o aprofundamento teórico adequado para desenvolver o cuidado em ambiente de domínio do paciente e familiares.

Foi nesse sentido que se percebeu a necessidade de **interpretar como o ensinar e aprender do cuidado domiciliar é vivenciado por discentes, docentes e egressos dos cursos de graduação em enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional da UFPR e construir uma teoria substantiva que explicitasse essa vivência**. Para alcançar esses objetivos, foi apropriada a escolha do método utilizado, a TFD, que permitiu interpretar o fenômeno “A vivência em ensinar e aprender o Cuidado Domiciliar nos cursos de graduação em saúde”.

A TFD é um método desafiador ao propor que se construa uma teoria com base na vivência dos sujeitos. Assim, a escolha do método foi adequada, pois se trata de um tema pouco explorado - formação profissional para atuação no CD - o que permitiu interpretar a vivência em ensinar e aprender das pessoas envolvidas nesse processo formativo.

A flexibilidade da TFD em permitir fazer novas entrevistas ao mesmo participante, inserir novos questionamentos e acrescentar grupos amostrais no decorrer da pesquisa, possibilita interpretar situações até então desconhecidas e, a partir dos dados coletados, que são simultaneamente analisados, construir uma teoria que elucida como determinado fenômeno ocorre.

Essa construção teórica fundamentada na vivência dos participantes é fascinante, pois exterioriza, clarifica, demonstra situações que acontecem, mas que muitos desconhecem, e esse é o caso da formação em CD, que acontece de forma mais intensa em alguns cursos, em outros, nem tanto, porém não há relatos de como esse processo formativo ocorre.

O Pensamento Complexo, segundo Edgar Morin, foi o referencial teórico adotado para construção dessa teoria e mostrou-se adequado por destacar que as instituições formadoras precisam se abrir para novas possibilidades de ensinar e aprender, pois a cada dia surgem diferentes demandas, diferentes problemas mundiais, que precisam ser considerados no sistema de saúde, nas escolas e universidades, de forma a trabalhá-los junto às pessoas.

O CD é uma dessas demandas. Está posto no sistema de saúde e necessita de profissionais capazes de compreender suas especificidades e cuidar de maneira adequada das pessoas no seu domicílio. O CD é uma via reformadora que contribui para a descentralização dos cuidados hospitalares que, em decorrência, entre outros motivos, da superespecialização, se tornou um lugar desumano.

A complexidade está presente no CD, pois cada domicílio e cada pessoa são únicos, singulares, no entanto, devem ser vistos com olhar da pluralidade, que é cuidar de pacientes em diferentes faixas etárias, cada um com suas necessidades específicas, com uma dinâmica familiar própria. Ademais, ordem, desordem e caos estão presentes nos domicílios, o que exige do profissional de saúde um olhar voltado para essas nuances, no entanto, nota-se que a percepção da complexidade nos domicílios e no processo de formação dos profissionais ainda é incipiente.

Grande parte dos docentes participantes deste estudo está começando a perceber que o CD é complexo, porém ainda não conseguiram concretizar plenamente essa percepção em seus planos de ensino e currículos dos cursos, tendo em vista a reduzida carga horária destinada ao processo de ensinar e aprender o CD nos cursos de graduação em saúde, o que comprova a tese de que **a complexidade do cuidado domiciliar torna indispensável seu ensinar e**

**aprender nos cursos de graduação em enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional.**

Percebeu-se, com a construção da teoria, que o CD tem particularidades referentes ao seu desenvolvimento e que, muitas vezes, não são percebidas pelos discentes e egressos se esse tema não for abordado nas IES. Nesse sentido, o estudo contribui para a formação profissional ao propor estratégias para incorporação de conteúdos e práticas sobre o CD nos referidos cursos. Destaca-se que as estratégias são sugestões e que cabe aos docentes e às IES perceber se a utilização de alguma delas, ou de outras estratégias possíveis é viável.

Ademais, esta pesquisa permitiu ampliar o arcabouço de conhecimentos sobre a formação em CD que ainda é incipiente na literatura nacional, com reduzido número de estudos que trabalham especificamente com essa questão, diferentemente de grande parte do cenário internacional, principalmente nos países desenvolvidos, em que o CD está presente há mais tempo no sistema de saúde culminando com a formação específica para essa área de atuação e consequente maior produção científica sobre o assunto.

Embora o Pensamento Complexo não defina as metodologias a serem adotadas para a abertura de novas possibilidades na educação, destaca-se que métodos centrados no docente e no ensino apenas em salas de aula necessitam de mudanças, sendo necessário pensar o processo de ensinar e aprender de uma forma diferente, com maior protagonismo dos acadêmicos, diversificação dos locais de prática, de forma a compreender e agir diante de novas necessidades. É preciso perceber que o conhecimento é impreciso e está sempre em movimento, sendo necessária a abertura de novas possibilidades de ensinar e aprender.

Discentes e docentes que se abrirem às propostas do Pensamento Complexo terão uma formação que ultrapassa os limites da sala de aula e prepara para o convívio em sociedade e para a resolução de problemas ambientais com vistas a uma formação para a era planetária.

As contribuições dessa pesquisa para a prática profissional virão a médio e longo prazo quando o CD for abordado de maneira mais sólida nas IES, permitindo aos futuros profissionais a compreensão da sua multidimensionalidade.

As limitações dessa pesquisa estão relacionadas à impossibilidade de entrevistar participantes dos 12 cursos da área da saúde presentes na UFPR, em

decorrência do delineamento metodológico adotado na pesquisa e do tempo disponível para sua viabilização.

Nesse sentido, são sugeridas novas pesquisas que abordem a formação dos demais profissionais da saúde (biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, fisioterapeutas, médicos veterinários e psicólogos) da UFPR para atuação no CD, pois, como demonstrado nessa pesquisa, a atuação multiprofissional é essencial para o êxito do CD. Ademais, outras pesquisas podem ser realizadas em diferentes instituições de ensino visando a interpretação de outras realidades na maneira de ensinar e aprender o CD.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S.; GIFFIN, K. M. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. **Trab Educ Saúde**, v. 6, n. 3, p. 519-537, 2009. Disponível em: <<http://www.bvseps.epsjv.fiocruz.br/lildbi/docsonline/4/9/1194-arquivo%5B5%5D.pdf>>. Acesso em: 30/09/2009.

ALLAN, G. **A critique of using Grounded Theory as a research method**. 2003. Disponível em: <[www.ejbrm.com/issue/download.html?idIssue=16](http://www.ejbrm.com/issue/download.html?idIssue=16)>. Acesso em: 13/11/2008.

ALMEIDA FILHO, N. de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p.2234-2249, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n12/03.pdf>>. Acesso em: 30/03/2014.

ARDOINO, J. A complexidade. In: MORIN, E. **A religação dos saberes**: o desafio do século XXI. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. p. 548-558.

BAPTISTA, B. O. *et al.* A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1, p.147-156, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a20v33n1.pdf>>. Acesso em: 15/05/2015.

BIANCHI, E. M. P. G.; IKEDA, A. A. **Analisando a grounded theory em administração**. [S.l.] [20--]. Disponível em: <[http://www.ead.fea.usp.br/semead/9semead/resultado\\_semead/trabalhosPDF/62.pdf](http://www.ead.fea.usp.br/semead/9semead/resultado_semead/trabalhosPDF/62.pdf)>. Acesso em: 01/11/2009.

BIANCHI, F. A caminho do método. In: PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E. P. do. (Org.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 119-127.

BRANNAGAN, K. B. *et al.* Impact of peer teaching on nursing students: perceptions of learning environment, self-efficacy, and knowledge. **Nurse Education Today**, v. 33, n. 11, p. 1440–1447, 2013.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de

serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 25/03/2014.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm)>. Acesso em: 25/06/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287, de 08 outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 maio 1999. Disponível em: <[http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol\\_cns\\_287\\_1998.pdf](http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf)>. Acesso em: 15/10/2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 nov. 2001a. Disponível em: <<http://www.ufv.br/seg/diretrizes/efg.pdf>>. Acesso em 13/06/2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 4, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 nov. 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em 13/06/2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 5, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 nov. 2001c. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>>. Acesso em 13/06/2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 mar. 2002a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em 13/06/2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial [da] República Federativa**

**do Brasil**, Brasília, DF, 04 mar. 2002b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em 13/06/2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 6, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 mar. 2002c. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>>. Acesso em 13/06/2009.

BRASIL. Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 abr. 2002d. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10424.htm>>. Acesso em: 25/06/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 jan. 2006. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso\\_rapido/gtae/saude\\_pessoa\\_idosa/rdc\\_anvisa.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/rdc_anvisa.pdf)>. Acesso em: 25/09/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Melhor em Casa**. 2011a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/?portal=pagina.visualizarArea&codArea=364>>. Acesso em: 04/02/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SGETS**: políticas e ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 963, de 27 de Maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 maio 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0963\\_28\\_08\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0963_28_08_2013.html)>. Acesso em: 13/06/2014.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Agenda 21 global**. 13 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/agenda-21-global>>. Acesso em: 13/07/2014.

BRITO, M. J. M. *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 603-610, 2013. Disponível em: <[http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=927](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=927)>. Acesso em: 15/05/2014.

CABRERA, M. A. S.; TURINI, B.; PACCOLA, L. B. B. O uso de portfólio na prática de atendimento domiciliar a idosos no curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 180-187, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n2/a05v32n2.pdf>>. Acesso em: 25/06/2014.

CAMPOS, M. T. F. de S. *et al.* **O atendimento nutricional em “home care”: uma atividade vinculada ao programa Gilberto Melo da UFV.** [S.l.] [20--]. Disponível em: <[http://www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu\\_anais/anais/saude/homecare.pdf](http://www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/anais/saude/homecare.pdf)>. Acesso em: 01/11/2009.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1011-1134.

CAMPOS, F. E. *et al.* O SUS como escola: a responsabilidade social com a atenção à saúde da população e com a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 513-514, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n4/v33n4a01.pdf>>. Acesso em: 15/10/2012.

CAPRA, F. **O ponto de mutação:** a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 30. ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

CARDOSO, C. K. *et al.* Atenção farmacêutica domiciliar: série de casos de usuários do programa práticas integradas em saúde coletiva. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 34, n. 2, p. 263-268, 2013. Disponível em: <[http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/2431/1411](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2431/1411)>. Acesso em: 15/10/2014.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, v. 1, p. 137-170.

CARVALHO, E. de A. Complexidade e ética planetária. In: PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E. P. do. (Org.). **O pensar complexo:** Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 107-118.



CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 30/09/2009.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução CFF n. 386, de 12 de novembro de 2002**. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito da assistência domiciliar em equipes multidisciplinares. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/386.pdf>>. Acesso em: 13/06/2014.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 1.668, de 07 de maio de 2003**. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1668\\_2003.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1668_2003.htm)>. Acesso em: 13/06/2014.

CFN. Conselho Federal de Nutrição. **Resolução CFN n. 380, de 28 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>. Acesso em: 13/06/2014.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO n. 25, de 16 de maio de 2002**. Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em disfunção têmporo-mandibular e dor orofacial; odontogeriatrica; odontologia do trabalho; odontologia para pacientes com necessidades especiais e em ortopedia funcional dos maxilares e dá outras providências. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=375>>. Acesso em: 13/06/2014.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO n. 87, de 26 de maio de 2009**. Normatiza a perícia e junta odontológica e dá outras providências. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1356>>. Acesso em: 13/06/2014.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO n. 116, de 03 de abril de 2012**. Altera a redação de artigos da consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1631>>. Acesso em: 13/06/2014.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen n. 267, de 05 de outubro de 2001**. Aprova atividades de Enfermagem em Domicílio. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2672001\\_4304.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2672001_4304.html)>. Acesso em: 13/06/2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen n. 270, de 18 de abril de 2002**. Aprova a Regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar – HOME CARE. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2702002\\_4307.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2702002_4307.html)>. Acesso em: 13/06/2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen n. 389, de 18 de outubro de 2011**. Atualiza, no âmbito do sistema COFEN / Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e *stricto sensu* concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3892011\\_8036.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3892011_8036.html)>. Acesso em: 13/06/2014.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução Coffito n. 415, de 19 de maio de 2012a**. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional, da guarda e do seu descarte e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=2257&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2257&psecao=9)>. Acesso em: 13/06/2014.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução Coffito n. 418, de 04 de junho de 2012b**. Fixa e estabelece os parâmetros assistenciais terapêuticos ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=2279&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2279&psecao=9)>. Acesso em: 13/06/2014.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução Coffito n. 429, de 08 de julho de 2013**. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em contextos hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em contextos hospitalares e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=2495&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2495&psecao=9)>. Acesso em: 13/06/2014.

COOGLE, C. L. *et al.* Skills-enhancement training program for home care providers: implications for redefining quality care. **Home Health Care Management & Practice**, v. 20, n. 4, p.312-322, 2008.

COSTA, J. R. B. *et al.* Formação médica na Estratégia de Saúde da Família: percepções discentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 387-400, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/14.pdf>>. Acesso em: 15/09/2013.

CRUZ, I. C. F. da; BARROS, S. R. T. P. de; FERREIRA, H. C. Enfermagem em home care e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola da Universidade Federal Fluminense. **Revista Brasileira de Home Care**, 2000. Disponível em: <<http://www.google.com.br/search?q=Enfermagem+em+Home+Care+e+sua+inser%C3%A7%C3%A3o+nos+n%C3%ADveis+de+aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+sa%C3%BAdade&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a>>. Acesso em: 25/09/2009.

CRUZ, I. C. F. da; BARROS, S. R. T. P. de; ALVES, P. C. Atendimento domiciliar na ótica do enfermeiro especialista. **Rev Enferm UERJ**, v. 10, n. 1, p. 13-16, 2002.

DANTAS, C. C. *et al.* Teoria fundamentada nos dados: aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev latinoam enferm**, v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009.

DIAS, M. H. M. da S.; FONSECA, S. C. da. O serviço de assistência domiciliária: origem, funções e a inserção da odontogeriatria. **Geriatrics & Gerontology**, v. 3, n. 3, p. 138-145, 2009. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume3-numero3/artigo06.pdf>>. Acesso em: 10/02/2014.

DISTELHORST, K. S.; WYSS, L. L. Simulation in community health nursing: a conceptual approach. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 9, n. 10, e445-e451, 2013.

DUARTE, M. de L. C. *et al.* Práticas integradas em saúde coletiva: a experiência de um programa de extensão no sul do país. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 22, p. 15-19, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/256/2147>>. Acesso em: 04/04/2014.

EXLEY, C.; ALLEN, D. A critical examination of home care: end of life care as an illustrative case. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 11, p. 2317-2327, 2007.

FERNANDES, J. D.; REBOUÇAS, L. C. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em enfermagem: avanços e desafios. **Rev Bras**

**Enferm.**, v. 66, n. esp, p.95-101, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea13.pdf>>. Acesso em: 15/01/2014.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec - Rede Unida – Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

GLASER, B. G. **The grounded theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press, 2005.

GIVISIEZ, G. H. N.; OLIVEIRA, E. L. de. Privacidade intradomiciliar: um estudo sobre as necessidades de ampliações em residências. **R. bras. Est. Pop.**, v. 30, n. 1, p. 199-223, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30n1/v30n1a10.pdf>>. Acesso em: 25/05/2014.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev Saúde Pública** [online], v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/1482.pdf>>. Acesso em: 05/12/2013.

HADDAD, A. E. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, (Supl. 1), p. 3-4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a01.pdf>>. Acesso em: 05/12/2013.

HAWKINS, S. Y. Telehealth nurse practitioner student clinical experiences: an essential educational component for today's health care setting. **Nurse Education Today**, v. 32, n. 8, p. 842–845, 2012.

KEELING, S. Home sweet home. **Nursing Standard**, v. 25, n. 1, p. 61, 2010.

KIMURA, A. F.; TSUNECHIRO, M. A.; ANGELO, M. Teoria fundamentada nos dados. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. de S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 39-45.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família / UFPL-MS/BID. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 237-245, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a11v14n2.pdf>>. Acesso em: 04/10/2010.

LEÃO, A. C. A. *et al.* A formação do enfermeiro para a assistência de portadores de necessidades especiais, com paralisia cerebral, submetidos à internação domiciliar. **Enfermería Global**, n. 16, jun. 2009. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt\\_revision3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt_revision3.pdf)>. Acesso em: 14/03/14.

LE-MOIGNE, J. L. Inteligência da complexidade. In: PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E. P. do. (Org.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2010a. p. 47-88.

LE-MOIGNE, J. L. Complexidade e sistema. In: MORIN, E. **A religação dos saberes**: o desafio do século XXI. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b. p. 540-547.

LERBET, G. Transdisciplinaridade e educação. In: MORIN, E. **A religação dos saberes**: o desafio do século XXI. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. p. 528-532.

MAEDA, F. T. de A. História da assistência domiciliar. In: BUENO, P. D. R. (Org.). **Home care**: o que o profissional de enfermagem precisa saber sobre assistência domiciliar. São Paulo: Rideel, 2011. p. 23-31.

MAFALDA, I. U.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. A autonomia do enfermeiro de home care na multidimensionalidade do espaço social. **Rev Nursing**, v. 10, n. 111, p. 360-365, 2007.

MAGER, D. R.; CAMPBELL, S. H. Home care simulation for student nurses: Medication management in the home. **Nurse Education Today**, v. 33, n. 11, p.1416–1421, 2013.

MANGUEIRA, G. M. S. M. C. Papel da medicina. In: YAMAGUCHI, A. M. *et al.* (Ed.). **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri: Manole, 2010. p. 56-60.

MARTINS, S. K.; LACERDA, M. R. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. **Rev RENE**, v. 9, n. 2, p.148-156, 2008. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/pdf/9\\_2.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/pdf/9_2.pdf)>. Acesso em: 14/09/2009.

MORAES, P. A. de; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p.19-25, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/03.pdf>>. Acesso em: 15/12/2013.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a15v22n4.pdf>>. Acesso em: 15/09/2013.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. 3. ed. Publicações Europa-América, 2002.

MORIN, E.; CIURANA, E. R.; MOTTA, R. D. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2009.

MORIN, E. Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E. P. do. (Org.). **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010a.p. 21-34.

MORIN, E. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010c.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2011a.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011b.

MORIN, E. **O método 3: o conhecimento do conhecimento**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MORIN, E. **O método 1: a natureza da natureza**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2013a.

MORIN, E. **A via: para o futuro da humanidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013b.

MUELLER, C. *et al.* Nurse competencies for person-directed care in nursing homes. **Geriatric Nursing**, v. 34, n. 2, p. 101-104, 2013.

NICO, L. S. *et al.* A *grounded theory* como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 789-797, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/29.pdf>>. Acesso em: 05/09/2009.

OLIVEIRA, A. G. *et al.* A integração da odontologia no Programa de Assistência Domiciliar (PAD): uma retrospectiva. **Em extensão**, v. 9, n. 1, p. 154-162, 2010.

OTHERO, M. B. Terapia ocupacional na atenção extra-hospitalar oferecida pelo hospital. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 20, n. 2, p. 195-202, 2012.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em: 15/10/2009.

PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E. P. do. Edgar Morin: o passador de fronteiras. In: PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E. P. do. (Org.). **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 7-19.

PERSEGONA, K. R. *et al.* A dimensão expressiva do cuidado em domicílio: um despertar a partir da prática docente. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 386-391, 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10040/6896>>. Acesso em: 15/08/2009.

PETTENGILL, M. A. M.; RIBEIRO, C. A. A teoria fundamentada nos dados. In: MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006. p. 89-98.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 648-656, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00648.pdf>>. Acesso em: 15/05/2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, E. F. G. B. Papel da odontologia. In: YAMAGUCHI, A. M. *et al.* (Ed.). **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri: Manole, 2010. p. 67-70.

REINERS, A. A. O. Grounded theory: opção metodológica para a enfermagem. **Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 370-376, 1998.

ROCHESTER, S. *et al.* Providing simulation experiences for large cohorts of 1st year nursing students: evaluating quality and impact. **Collegian**, v. 19, n. 3, p. 117-124, 2012.

ROGER, E. Uma antropologia complexa para entrar no século XXI: chaves de compreensão. In: PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E. P. do. (Org.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 89-106.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. Teoria de enfermagem: o modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

SÁNCHEZ, A. A noção de dialógica e meus encontros com Morin. In: PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E. P. do. (Org.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 165-178.

SANTOS, G. A. da S. Papel da enfermagem. In: YAMAGUCHI, A. M. *et al.* (Ed.). **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri: Manole, 2010. p. 27-31.

SARTORI, N. T. **Grupo de apoio ao cuidador domiciliar do PID Programa Melhor em Casa – Contagem**. 2014. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/node/60498>>. Acesso em: 07/07/2014.

SCHEEPMANS, K. *et al.* Restraint use in home care: A qualitative study about the experiences of home care nurses. **European Geriatric Medicine**, v. 3, Supl. 1, 2012.

SILVA, M. B. B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p.149-158, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a20v14n1.pdf>>. Acesso em: 04/05/2014.

SILVA, M. A. da. Para onde vai o mundo? **Educativa**, v. 14, n. 2, p. 417-423, 2011. Disponível em: <<http://seer.ucg.br/index.php/educativa/article/viewFile/1974/1237>>. Acesso em: 14/10/2013.

SIMOMURA, F. Papel da nutrição. In: YAMAGUCHI, A. M. *et al.* (Ed.). **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri: Manole, 2010. p. 61-66.



SIMONARD-LOUREIRO *et al.* Nutrição. In: HADDAD, A. E. *et al.* (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área de saúde: 1991-2004**, p. 351-379. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

SMITH, S. J.; BARRY, D. G. An innovative approach to preparing nursing students for care of the elderly in the home. **Geriatric Nursing**, v. 34, n. 1, p.30-34. 2013. Disponível em: <<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0197-4572/PIIS0197457212002662.pdf>>. Acesso em: 04/04/2014.

SOLIMANO, G. Recursos humanos en salud: las tareas pendientes. **Rev Chil Salud Pública**, v. 11, n. 3, p. 115-116, 2007.

SOUZA, F. C. R. de; BRICOLA, S. A. P. de C. Papel da farmácia. In: YAMAGUCHI, A. M. *et al.* (Ed.). **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri: Manole, 2010. p. 32-42.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAKAHASHI, P. S. K. **O farmacêutico na assistência domiciliária: oportunidade para obtenção de melhores resultados com a utilização de medicamentos**. 2010. Disponível em: <<http://www.racine.com.br/portal-racine/atencao-farmaceutica/domicilio/o-farmaceutico-na-assistencia-domiciliaria-oportunidade-para-obtencao-de-melhores-resultados-com-a-utilizacao-de-medicamentos>>. Acesso em: 15.11.12.

TAMAI, S. A. B.; CARDOSO, E. C. A. Papel da terapia ocupacional. In: YAMAGUCHI, A. M. *et al.* (Ed.). **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri: Manole, 2010. p. 80-103.

TAROZZI, M. **O que é a grounded theory: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados**. Petrópolis: Vozes, 2011.

VAN AANHOLT, D. P. J. *et al.* Terapia nutricional domiciliar. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 4, p. 408-411, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a08.pdf>>. Acesso em: 15/04/2014.

VILLAS BOAS, P. J. F. *et al.* Acompanhamento domiciliar de idoso de unidade da saúde da família de Botucatu. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1 (Supl. 1), p. 161-165, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a22.pdf>>. Acesso em: 15/09/2013.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE A** ..... 194

**APÊNDICE B** ..... 195

## **APÊNDICE A**

### **ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- Você teve conteúdo de cuidado domiciliar em algum momento da graduação?
- Foram aulas teóricas e práticas?
- Como foram essas aulas?
- Por quanto tempo você teve essas aulas?
- Em qual disciplina? Em qual período?
- Você esteve em unidade de saúde? Era ESF?
- Você esteve na casa do paciente? Como foi? O que você fez lá? Quem ia com você?
- Você recebeu orientações do professor ou do profissional antes de ir para o domicílio?
- Teve discussão com algum professor ou profissional depois da prática?
- O que é o domicílio para você?
- Existe diferença entre o cuidado realizado no domicílio e o cuidado realizado em ambiente institucional?
- Em relação ao que você aprendeu, você se sente preparado para se inserir no mercado de trabalho em cuidado domiciliar? Por quê?
- Há algum outro aspecto que não foi abordado e que você gostaria de comentar?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você, (discente, docente ou egresso) do curso de (enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia ou terapia ocupacional) está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “A formação dos profissionais de saúde no cuidado domiciliar – como esta realidade é vivenciada?” Os objetivos desta pesquisa são: interpretar como o cuidado domiciliar é aprendido/vivenciado/ensinado nas aulas teóricas, práticas, estágios e trabalhos nos cursos de graduação do Setor de Ciências da Saúde da UFPR; elaborar um modelo teórico que descreva essa vivência; e apontar estratégias para a incorporação de conteúdos e práticas sobre o cuidado domiciliar nos referidos cursos.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista com perguntas relacionadas ao aprendido/vivenciado sobre o cuidado domiciliar, de duração média de 30 minutos.
- c) Esta pesquisa não acarretará malefícios e prejuízos monetários, morais ou à sua saúde e trará o benefício de sua contribuição para elaboração de recomendações e um plano de ação em cuidado domiciliar.
- d) As pesquisadoras Dra. Maria Ribeiro Lacerda, professora adjunta da UFPR, doutora em Enfermagem, cel. (41) 9979-0205, e-mail: [lacerda@milenio.com.br](mailto:lacerda@milenio.com.br); e Ana Paula Hermann, doutoranda de Enfermagem da UFPR, cel. (41) 8855-1616, e-mail: [anaphermann@gmail.com](mailto:anaphermann@gmail.com); poderão ser contactadas para esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
- e) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante, e depois do estudo.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária, assim você tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento a qualquer momento sem penalização, podendo solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado.
- g) A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato.
- h) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- i) Pela sua participação na pesquisa, você não receberá qualquer valor em dinheiro ou outro benefício.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

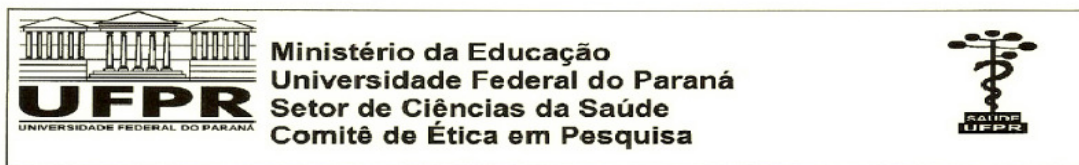
\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante da pesquisa)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do pesquisador responsável)

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

## ANEXO

## TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Curitiba, 31 de outubro de 2008.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**Maria Ribeiro Lacerda**  
**Luisa Canestraro Kalinowski**  
**Ingrid Meireles Gomes**

Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“A formação dos profissionais de saúde no cuidado domiciliar: como esta realidade é vivenciada”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 22 de outubro de 2008 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 31 de outubro de 2008.

Registro **CEP/SD**: 631.168.08.10**CAAE**: 0062.0.091.000-08

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

**Data para entrega do relatório final ou parcial: 31/04/2009**

Atenciosamente

**Prof.ª Dr.ª Liliانا Maria Labronici**  
 Coordenadora do Comitê de Ética em  
 Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof.ª Dr.ª Liliانا Maria Labronici  
 Coordenadora do Comitê de Ética  
 em Pesquisa - SD/UFPR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP 80060-240  
 Fone: (41)3360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br